Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 6 lutego 1886. **№ 6.** Rok XXV.

I. O krążeniu krwi w komórce zwojowéj.

Przez prof. Dra Adamkiewicza.
(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

12) Naczynia i wypustki nerwowe komórki zwojowéj.

Zanim na tle dopiero co skreślonego stosunku układu naczyniowego w komórce zwojowéj przystąpię do rozwinięcia istoty krążenia w komórce, muszę jeszcze dla lepszego zrozumienia rzeczy na to zwrócić uwagę, że opisane przezemnie naczynia zwojowe nie mają nic wspólnego ze znanemi wypustkami nerwowemi komórek zwojowych, przynajmniéj z temi, które zawierają istotę rdzenną i bez wątpienia są włóknami nerwowemi. Potrzeba tylko rzucić okiem na preparat, aby ze szczegółów poznać, że rozchodzi się tu jedynie o preformowaną siatkę naczyniową.

W szczególności muszę na to zwrócić uwagę, że tętnice i żyły zwojowe, pominąwszy już to, że są w stosunku do szerokich i bardzo grubych istotę rdzenną zawierających wypustek nerwowych bardzo cienkiemi i drobnemi tworami, oddzielają się od pni i do pni uchodzą, jak się to tylko w naczyniach dzieje. Nastrzykane twory przedstawiają się daléj jako rurki, których ściany, o ile to dotyczy drobnych tętnic, z komórek płaskich, pnie zaś z podłużnych jąder warstwy zewnętrznéj i poprzecznych warstwy środkowéj składają się.

Środkowa żyła musi być także samoistną rurą, gdyż ciągnie się od zatoki żylnéj zwoju przez ciało tegoż, przekracza przestrzeń torebkową i uchodzi na zewnątrz torebki do żyły większéj.

Nerwy nie tworzą nigdy siatek, tylko smugi równolegle się ciągnące, które, gdyby nawet mogły być nastrzyknięte, o czém według moich doświadczeń mowy być nie może, nie mogłyby dać nawet w przybliżeniu podobnego do siatki naczyniowéj rysunku.

Nerwy istotę rdzenną zawierające nie rozgałęziają się nigdy. Nigdy jeden nerw nie łączy się z drugim. Dla wielkich skeptyków dodam jeszcze: 1) że tętnica kończy się na obwodzie komórki zwojowéj i że masa injekcyjna, która przez tętnicę do komórek zwojowych dochodzi, wylewa się na obwodzie tychże do przezemnie nazwanego przestworu zwojowego, a 2) że żyła zwojowa wprost z t. zw. „jądra" wychodzi i że następnie masa injekcyjna do środka komórki zwojowéj wchodzi i ostro i wyraźnie tu znajdującą się przestrzeń próżną wypełnia. Nerw rdzenny komórki zwojowéj, jak wiadomo, nie wychodzi ani z obwodu ani ze środka komórki, lecz bierze początek z samego ciała zwojowego, a mianowicie z miejsca na powierzchni tegoż leżącego między obwodem a t. zw. „jądrem", zbierając z tego miejsca swoje włókienka zbieżnie.

Gdyby zaś masa injekcyjna wzdłuż nerwów do zwoju się dostawała, to nie mogłaby się ani do obwodu, dokąd tętnica dochodzi, ani do centrum, zkąd żyła wychodzi dostać i tu właśnie przestrzeni zwojowéj wypełniać. Musiałaby się chyba 1) pomiędzy środkową przestrzenią próżną i obwodem komórki zwojowéj, a więc na inném miejscu powierzchni zwoju między obwodem a środkiem leżącém, pokazać, a 2) musiałaby się tutaj rozlać a nie utworzyć przestrzeni ściśle ograniczonéj, jak to ma miejsce przy tętnicy lub żyle.

Obok tych posiada jeszcze komórka zwojowa, jak wiadomo, bezrdzenne wypustki pierwoszcza.

Wiele danych zdaje mi się przemawiać za tém, że te wypustki, przynajmniéj w części, są identycznemi z mojemi naczyniami zwojowemi.—Przedewszystkiém są wypustki pierwoszcza w przeciwieństwie do włókien istotę rdzenną zawierających nadzwyczaj cienkiemi i delikatnemi, tak jak naczynia przezemnie nastrzykane. Przedstawiają się one zawsze, jak to Arndt (*Archiv f. mikrosk. Anatomie* 1874) opisał, jako proste wydłużenia saméj komórki.

Jakbym ja dodał, przedstawiają się wypustki pierwoszcza nie jako wydłużenia ciała komórki saméj, lecz raczéj

błony okrywającéj komórkę zwojową, która bez wątpienia identyczną jest z moją błoną zwojową.

Na preparatach rozstrzępionych jest stosunek ten wypustki pierwoszcza do osłonki zwojowéj bardzo widocznym. Ale nawet na dobrze, szczególnie safraniną barwionych, cięciach rdzenia można się zawsze o tém przekonać, że wypustki bezrdzenne czyli pierwoszcza komórek zwojowych są wydłużeniami cienkiéj otaczającéj je błony i że w tępym początku tych wypustek istota komórki zwojowéj kończy się jasnym i wyraźnym brzegiem. Ten stosunek wypustek pierwoszcza przemawia dostatecznie za tożsamością ich z mojemi tętnicami zwojowemi.

Przypuszczenie to zyskuje tém więcéj poparcia, że jak wykazałem przy opisie tętnic zwojowych, pojedyncze tętniczki łączą ze sobą sąsiednie zwoje i w ten sposób w całym łańcuchu zwojów jednolity prąd krwi utrzymują.

Bezrdzenne wypustki łączą także, jak wiadomo, sąsiednie zwoje ze sobą. Jeżeli naturalnie z analogii téj nie wypływa jeszcze, że wszystkie bezrdzenne wypustki zwojów są naczyńkami, to jednak to powiedzieć można, że część ich z wszelką pewnością do układu naczyniowego zaliczyć należy.

Krążenie krwi w komórce zwojowéj.

Nie ulega żadnéj wątpliwości, aby prawidła krążenia dla zwojów międzykręgowych nie miały znaczenia i dla zwojów innego rodzaju. Dla tego potrzebuje tylko uogólnić otrzymane wyniki co do krążenia w zwojach międzykręgowych, aby dla krążenia w komórce zwojowéj utrzymać system unaczynienia. System ten przedstawia się w następujący sposób:

Komórka zwojowa posiada swe własne naczyńko tętnicze i ułożona jest wśród jego światła. Pień ten (*Vas afferens*) rozszerzonym jest w tém miejscu, gdzie znajduje się komórka zwojowa. Z drugiéj strony rozszerzenia ciągnie się w miejscu niestałém tętnica zwojowa jako wąskie naczyńko (*Vas efferens*). Uchodzi ona wreszcie do ogólnego układu tętniczego, a to mianowicie albo wprost łącząc się z drugą tętnicą albo też nie wprost, przyjmując jeszcze rolę tętnicy zwojowéj dla drugiéj, czasem nawet dla trzeciéj, czwartéj itd. komórki.

Skutkiem takiego ułożenia styka się komórka zwojowa bezpośrednio z krwią tętniczą, tak że całkiem jest w świeżéj do niéj przypływającéj i odżywiającéj ją krwi zanurzoną.

W skutek tego też jest ona w stanie w każdéj chwili swe potrzeby odżywcze w zupełności zaspokoić.—A potrzeba ta musi być w komórce zwojowéj dosyć znacznego stopnia, gdyż suma zużytego materyjału stoi w prostym stosunku do wielkości pracy, a praca właśnie zwojów musi być dla tego bardzo wielką, bo czynność każdego organu pobudzoną jest przez zwoje i w ostatniéj instancyi jest czynnością zwojową.

Fakt ten, że elementy tkaninowe, jak to dla komórek zwojowych wykazałem, wprost nurzają się w odżywiającéj je krwi tętniczéj, był nam dotąd z jednego tylko znany przykładu. Mianowicie podają, że kosmki na kosmówce łożyska oblane są krwią macierzystą. Tyle na pewno powiedzieć można, że tu i tam mamy do czynienia z urządzeniem, które wpływa korzystnie na istotną potrzebę dokładnego zużytkowanie materyjalu odżywczego.

W dalszym ciągu krążenie krwi odbywa się w następujący sposób. Podczas gdy krew tętnicza okrąża zwój, dostaje się część jéj potrzebna do odżywienia komórki z powierzchni do jéj wnętrza. Do tego przyczynia się szczególnie ta okoliczność, że naczyńko wychodzące z uchyłku naczyniowego jest węższe aniżeli tętniczka doń wchodząca, przez co odpływ krwi otaczającéj zwój jest opóźnionym.

Krew w ten sposób dostająca się do wnętrza komórki zwojowéj staje się jeszcze wewnątrz komórki żylną i zbiera się jako taka wewnątrz ciała zwoju w jamie wolnéj w tym celu istniejącéj.

Jama ta wolna jest środkową zatoką żylną zwoju, ten utwór, który dotychczas za jądro komórki zwojowéj był uważanym, a który niczém innêm nie jest jak tylko naczyńkiem pęcherzykowato uformowaném. We wnętrzu tego pęcherza leży t. zw. „jąderko,“ które ponieważ jest jedynym tworem stałym zwoju, uważać należy jako właściwe jądro komórkowe zwoju. Ze środkowéj zatoki żylnéj wypływa krew żylna przez własną nadzwyczaj cienką żyłę zwojową do ogólnego krążenia żylnego.

Cały układ naczyniowy komórki jest jeszcze sam zanurzony w aparacie limfatycznym, a limfa w nim się znajdująca krąży w naczyńkach mających ten sam kształt co układ naczyniowy tętniczy zwoju. Uchyłkowi tętniczemu odpowiada torebka zwojowa, a tętnicy do- i odwodzącéj komórki zwojowéj obydwa rurkowate wyrostki téjże. Zresztą jest układ naczyń limfatycznych komórki zwojowéj tak samo jak każde inne naczyńko limfatyczne zbudowane i składa się z zewnętrznego pokładu tkanki łącznéj i z zewnętrznego pokładu przybłonkowego.

Zważywszy, że krążenie w komórce odbywa się przez naczyńka o grubości zaledwie dziesięciotysięcznéj części milimetra, do których więc ciałka krwi dostać się nie mogą, przypuścić trzeba, że odżywianie komórki zwojowéj odbywa się tylko za pomocą osocza krwi. Odżywienie zaś samo przedstawić sobie należy jako sprawę czysto dyfuzyjną, odbywającą się w ten sposób, że osocze tętnicze z uchyłka tętniczego przechodząc przez ciało zwojowe, nabiera własności żylnéj i jako osocze żylne do środkowéj zatoki żylnéj się dostaje, a ztąd przez naczyńko środkowe żylne do ogólnego krążenia żylnego reszty ciała odpływa.

Czy coś podobnego odbywa się także przy odżywianiu pierwiastków tkaninowych i w innych tkankach, to przyszłość okaże.

II. Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.

Podał prof. Dr. Mikulicz w Krakowie.

I. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

IV. *Fibromyona uteri* rozrastające się podotrzewnowo w miednicy. Wyłuszczenie z utworzeniem worka otrzewnowego. Worek z gazy jodoformowéj. Wyleczenie w 29 dniach.

Gütel Krebsowa lat 54 licząca, żona piekarza z Tuchowa. Nie przebywała żadnych ważniejszych chorób. Pierwsza miesiączka wystąpiła w 13 roku życia i odtąd bywała zawsze regularną; obecnie miesiączka już się nie pojawia, ostatnia była przed 8 miesiącami. W 24 roku życia wyszła za mąż, a w 12 lat późniéj odbyła jedyny poród, poród był ciężki, dziecko przyszło na świat nieżywe. Początku obecnéj choroby chora dokładnie podać nie umie. Przed rokiem chora spostrzegła, iż ma jakiś guz w brzuchu; ponieważ jednak guz

ten żadnych znaczniejszych dolegliwości jéj nie sprawiał, dla tego porady lekarskiéj nie zasięgała. W ostatnim czasie atoli chora doznaje bólów w nogach, silnego parcia na mocz i utrudnienia w oddawaniu moczu; objawy te skłoniły ją do szukania pomocy lekarskiéj.

Stan jéj w dniu przyjęciu 4 lutego 1885 był następujący: Kobieta wzrostu średniego, dobrze zbudowana i dobrze odżywiona. W narządach oddechania, krążenia i trawienia zmian nie ma żadnych, mocz prawidłowy, ciepłota nie podwyższona. Brzuch znacznie wysklepiony, na powłokach brzusznych blizny poporodowe i rozdęte żyły podskórne. Największa objętość brzucha przez pępek wynosi 118 cm., przestrzeń między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem 34cm., między pępkiem a spojeniem łonowém 22cm. Wysklepienie to brzucha pochodzi od guza ściśle odgraniczyć się dającego i w górnéj części łatwo z boku na bok ruchomego. Guz ten jest kształtu podłużnego, wielkości dwóch głów męzkich, konsystencyi elastycznéj i powierzchni gładkiéj. Badanie przez pochwę wykazuje: część pochwowa ku tyłowi zwrócona, przednie jako też boczne sklepienie znacznie wypuklone przez ciało twarde z guzem przez powłoki brzuszne wybadanym w bezpośrednim związku stojące. Dalszego ciągu macicy wybadać nie można. Odnogi dolne obrzękłe.

Dnia 7go lutego. Cięcie w powłokach brzusznych około 12cm. długie. Po otwarciu jamy brzusznéj okazał się wyż opisany guz wychodzący z prawéj strony trzonu i szyi macicy i rozrastający się między blaszkami więzadła szerokiego prawego podotrzewnowo w miednicy. Oprócz tego guza głównego uwydatniały się jeszcze dwa mniejsze włókniaki. Przecięto otrzewnę nad guzem i wyłuszczono go zupełnie z torebki otrzewnowéj zabierając razem i jajnik prawy. Następnie założywszy wąż elastyczny wykonano amputacyję nadpochwową macicy sposobem Schroedera. Przez wyłuszczenie guza z torebki została duża jama otoczona ścianami z otrzewny. Część téj torebki otrzewnowéj wycięto, resztę zaś zeszyto i przymocowano w dolny kąt rany w powłokach brzusznych. Do rany téj wprowadzono worek z gazy jodoformowej a do worka 2 paski gazy. Następnie zespojono powłokę brzuszną zwykłym sposobem pozostawiając w dolnéj połowie rany otwór, przez który worek jodoformowy wystawał. Opatrunek antyseptyczny. Operacyja trwała przeszło godzinę. Badanie anatomiczne guza wykazało włókniomięśniak macicy.

W pierwszych dniach po operacyi chora osłabiona, niespokojna skarży się na ból w ranie; ciepłota dochodziła 38·5°, tętno do 120. Zresztą język wilgotny, bębnicy, wymiotów, nudności nie było, a wiatry w drugi dzień po operacyi odeszły. 9 lutego zmieniono opatrunek, paski gazy z worka częściowo usunięto. 11/2 wyjęto paski z worka i pozostawiono sam worek w ranie, chora czuje się silniejszą, bólów tak znacznych nie ma. 14/2 Worek wyjęto i zastąpiono drenem. Ciepłota obecnie prawidłowa, tętno 96. 17/2 wyjęto szwy płytkowe i głębokie, jamę przestrzykano kwasem salicylowym. Chora dotychczas stolca nie miała, polecono lewatywę, która dopiero po kilkakrotném zastósowaniu skutek wywarła. Chorą opatruje się co drugi dzień z powodu dość znacznéj wydzieliny, przyczém przestrzykuje się kwasem salicylowym i dren się powoli skraca. 25/2 wyjęto szew kuśnierski, rana zagojona przez rychłozrost z wyjątkiem miejsca gdzie dren leży. 29/2 dren zupełnie usunięto, a przetokę lapisem przypalono, 8/3 rana zupełnie zagojona, chora wychodzi z kliniki uleczoną.

V. *Myoma uteri* po części podotrzewnowo w małéj miednicy ustalone. Wyłuszczenie z otworzeniem worka otrzewnowego. Worek z gazy jodoformowéj. Wyleczenie w 24 dni.

Maryja Dyszkowa z Baczkowa l. 30 zamężna, pochodzi z rodziny zdrowéj i dotąd nigdy nie chorowała. Regularność poraz pierwszy pojawiła się w 17 roku i odtąd odbywa się zupełnie prawidłowo wyjąwszy ostatnie kilka miesięcy, gdzie stała się obfitszą i bardzo bolesną, w skutek czego chora nie mogła oddawać się zajęciom domowym. Przed 5ciu laty odbyła poród zupełnie prawidłowy. Od 2 lat zauważyła pacyjentka w brzuchu guz, który początkowo rósł bardzo powoli, w ostatnich miesiącach jednak nader szybko się powiększał.

Stan obecny: Kobieta wzrostu średniego miernie odżywiona, niedokrewna. Organa klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch wzdęty więcéj poniżéj pępka niż powyżéj tegoż (obwód w wysokości pępka wynosi 85 cm.) Przez powłoki brzuszne bardzo wiotkie można wyczuć guz twardy o powierzchni gładkiéj wychodzący z miednicy małéj a sięgający ku górze na 3 palce poniżéj pępka; na lewo sięgał tenże guz do linii pachowéj przedniéj, na prawo zaś chował się w głąb okolicy lędźwiowéj. Na przedniéj powierzchni guza można wymacać płytki wrąb pionowy dzielący cały guz na dwie części. Guz w górnéj części był na wszystkie strony poruszalny. Przy badaniu przez pochwę czuć w sklepieniu tylném guz twardy, stojący w bezpośrednim związku z częścią pochwową macicy, dający się tylko bardzo nieznacznie wypchnąć ku górze.

Dnia 26 lutego 1885 przystąpiono do laparatomii. Cięcie w powłokach brzusznych 20cm. długie. Po otwarciu jamy otrzewnowéj ukazał się zaraz guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny, wychodzący z trzonu macicy, z trzewami brzusznemi wcale niezrośnięty. Od tylnéj i prawéj ściany macicy wychodził jednak drugi guz mniejszy przechodzący w dopiero co opisany większy, leżący w głębi miednicy małéj podotrzewnowo i niedający się z niéj wydobyć. Przecięto tedy otrzewnę nad tym ostatnim guzem i wyłuszczono drogą przeważnie tępą. Po uwolnieniu tego guza z miednicy założono wąż elastyczny na około macicy i wykonano w typowy sposób wycięcie nadpochwowe macicy *(amputatio supravaginalis)* według Schrödera. Po należytém oczyszczeniu jamy otrzewnowéj zeszyto górną część rany zupełnie a w dolną, wszyto worek otrzewnowy powstały po wyłuszczeniu guza w miednicy małéj położonego. Do jamy téj włożono worek z gazy jodoformowéj wypełniony jeszcze trzema paskami gazy.

Dalszy przebieg nie pozostawiał zgoła nic do życzenia. Pacyjentka wcale nie gorączkowała, tylko przez pierwszych 48 godzin wymiotowała kilka razy. Worek w całości usunięto na piąty dzień i zastąpiono go drenem, który codziennie mniéj lub więcéj o 1cm. skracano. 10 dnia wyjęto wszystkie szwy głębokie. Rana w całości zagoiła się przez rychłozrost wyjąwszy miejsce, w którém znajdował się sączek. Po 3 tygodniach i to miejsce zupełnie było zabliźnione. Po 24 dniach pacyjentka zupełnie wyleczona opuściła klinikę. Według doniesienia listownego ma się obecnie zupełnie dobrze, tylko od czasu do czasu występują bóle w głębi brzucha. Regularność nie wróciła.

(C. d. n.).

III. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Płeć nie odgrywa tu roli przeważnéj a chociaż w obliczeniach statystycznych państwa rakuskiego śmiertelność zawsze wykazuje większą cyfrę wśród chłopców, niż wśród dziewcząt, różnica ta jednak nie jest tak znaczną, abyśmy przypuścić musieli, że wśród równych warunków płeć męzka łatwiéj błonicy ulega, niż płeć druga; Dr. Rolle zaś (l. c.) podaje, iż w powyższéj epidemii nawet więcéj kobiet błonicy uległo.

Co do artykułów żywności, to wielu autorów przecenia aż nadto wpływ ich na powstawanie i szerzenie się dyfteryi.—I tak jedni przypisują pojawienie się dyfteryi pokarmom mięsnym i chcieliby tym sposobem powiększyć zastęp wegeteryjanów, inni zaś tę samą rolę przyznają mleku, ziemniakom itp.; tego rodzaju twierdzenia jednak są nieuzasadnione, w okolicach bowiem górzystych Galicyi wschodniéj dzieci nie widzą mleka, a tém mniéj mięsa, od chwili odstawienia ich od piersi matczynéj i żywią się przeważnie chlebem owsianym, kukurydzą a przecież błonicy ulegają. — Mleko jedynie może odegrać tę smutną rolę w ten sposób, że za jego pośrednictwem może być przyrzut chorobowy z chat nawiedzonych przez błonicę przeniesionêm, jak o tém Klebs w swéj monografii o dyfteryi (*Real-Encyklopaedie* 4 Bd. str. 161) upewnia.

Według spostrzeżeń tegoż badacza pojawiła się dyfteryja w małéj wiosce szwajcarskiéj i między innemi domami nawiedziła również i wiejską mleczarnię, a dzieci właściciela téjże chore na błonicę spały w téj saméj izdebce, w któréj znajdowały się i naczynia napełnione mlekiem. Z mleczarni téj przyniesiono mleko do odległego i odosobnionego domostwa a zamieszkałego przez rodzinę z czworgiem dzieci. Wkrótce pojawiła się w domu tym dyfteryja, któréj ofiarą padli dwaj chłopcy w wieku 5 i 7 lat, chłopczyk zaś starszy i rodzice przebyli na pozór zwykłe zapalenie gardła, a tylko 3letnia dziewczynka zupełnie nie chorowała, ale też ta jedynie z całéj rodziny nie karmiła się mlekiem z mleczarni, tylko mlekiem pobieranêm z domu sąsiedniego, niedotkniętego błonicą. — Fakt ten w istocie ciekawy w swym rodzaju dowodzi zarazem, jak należy być ostrożnym w pobieraniu wiktuałów podczas panowania epidemii błonicy i jak niezwykłemi drogami morderczą ta choroba szerzy się i porywa swe ofiary.

Powszechnie przyjętém jest zdanie, że dzieci, które raz uległy błonicy i szczęśliwie ją przebyły, są nader skłonnemi do ponownego ulegania téj chorobie, a zatém, że przez przebycie choroby usposobienie chorobowe się wzmaga. Co do mnie, to poprzeć muszę zdanie Montiego (*Ueber Croup und Diphteritis im Kindesalter*) że zdarza się to tylko nader wyjątkowo i prędzéj zdarzyło mi się podczas epidemij duru plamistego widzieć w ciągu jednéj i téj saméj epidemii, że jeden i ten sam chory dwukrotnie przebył dur, aniżeli, żeby jeden i ten sam chory przebył dwa razy błonicę. Raz tylko widziałem, że dwoje dzieci jednego roku przebyło lekką błonicę szczęśliwie, a w rok późniéj padły ofiarą samoistnéj, złośliwéj błonicy i to w skutek spraw chorobowych następowych; 4 letni chłopczyk już po przebyciu choroby w okresie najlepszéj rekonwalescencyi biegając po pokoju nagle upadł i zginął skutkiem porażenia serca, a 6 letnia dziewczynka również w okresie wyzdrowienia po przebyciu ciężkiéj dyfteryi została nagle na wpół porażoną, a następnie wśród objawów bialkomoczu, ogólnéj puchliny i napadów mocznicy życie zakończyla. — Być może, że znaczna śmiertelność w następstwie dyfteryi czyni przypadki tego rodzaju rzadkiemi tylko wyjątkami, ale bądź co bądź faktem jest, że niesłusznie spotykamy się z powyższém mniemaniem tak bardzo rozpowszechnioném, a nieopartém na ścisłych, umiejętnie poczynionych spostrzeżeniach.

Co do zaraźliwości dyfteryi, to powszechnie przyjętém jest zdanie, iż choroba ta szerzy się przez zetknięcie się zdrowych z chorymi, a zdanie to zdaje się być należycie uzasadnionêm, pomimo, że niektórzy autorowie, jak np. Monti (l. c. str. 143), usiłują podkopać tegoż wiarogodność, twierdząc, że zdarzają się przecież przypadki zachorowania jednego tylko dziecka wśród licznéj rodziny, podczas gdy inne nawet nieodosobnione chorobie téj nie ulegają. Twierdzą nadto, że gdyby błonica była w istocie tak bardzo zaraźliwą, toby daleko większa część lekarzy i osób zajmujących się pielęgnowaniem chorych chorobie téj uległa, a choroba przybierałaby nader szerokie rozmiary. Tego rodzaju gołosłowne twierdzenia, jak sądzę, nikogo złudzić nie potrafią i groźnéj chorobie dyfteryi nie zdołają zetrzeć piętna zaraźliwości w wysokim stopniu, ani też nie wpłyną na przekonania sumiennych lekarzy praktycznych, których pierwszym jest obowiązkiem, w razie pojawienia się dyfteryi wśród dziatwy, natychmiast chorego jak najskrupulatniéj odosobnić, a resztę dzieci z domu nawiedzonego błonicą jak najspieszniéj wydalić. Smutne doświadczenie pouczyło mnie niejednokrotnie, jak trudną jest rzeczą ustrzedz się, aby przyrzut błonicowy z jednego dziecka chorego nie został rozwleczony i jako niemiły podarunek innym udzielony, chociażby reszta dzieci została umieszczoną w innym domu, otoczoną była odrębną służbą i chociażby profilaktycznie zażywały arszenik, płukały gardło itp. Przy końcu méj rozprawki przytoczę szczegółowo historyję epidemii domowéj błonicy i będę miał sposobność wykazania raz jeszcze groźnéj zaraźliwości téj choroby. Wszakżeż zresztą nikt z nas nie zaprzeczy, że dur plamisty w wysokim stopniu jest zaraźliwym i że szerzy się przez zetknięcie się chorych ze zdrowymi, tak że np. w jednéj chacie po kolei od pierwszego chorego wszyscy się zarażają i chorobie téj gromadnie nieraz ulegają, a mimo to zdarzają się przypadki, że lekarz leczący tysiące takich epidemicznie chorych, jeżeli ma organizm obdarzony silną odpornością, długie lata skutecznie opiera się przyrzutowi chorobowemu, aż dopiero w chwili pewnéj, kiedy odporność ta z różnych powodów zmniejszy się, pada ofiarą téj choroby. Niemal wszyscy lekarze rządowi doświadczyli lub doświadczać będą tego na sobie, a ja sam np. przez lat 5 przeszło, więcéj niż 2 tysiące chorych badałem i leczyłem z powodu duru plamistego unikając szczęśliwie zarażenia się, aż dopiero przy pielęgnowaniu mego kolegi, który zapadł na dur plamisty, skutkiem nadmiernych fizycznych wysileń, przy kąpaniu i nacieraniu tegoż, spędzając wiele godzin dniem i nocą przy jego łóżku, chorobie téj w końcu uledz musiałem. Podobnież rzecz się ma i z dyfteryją; zaraźliwość jéj jest uzasadnioną, lecz w miarę odporności organizmu ujawnia się albo zaraz, albo dopiero kiedyindziéj w miarę dogodniejszych

warunków. Przykładów możnaby przytoczyć mnóstwo, a nie dawniéj, jak przed kilku tygodniami miałem sposobność stwierdzenia faktu, jak od 8-letniego chłopczyka dotkniętego dyfteryją zaraziły się matka tegoż i sędziwa babka, a dyfteryja szczególniéj u babki okazywała przebieg nawet wcale groźny. Zresztą cyfry statystyki zdrowotnéj na wstępie tego rozdziału przytoczone a wykazujące olbrzymią śmiertelność z powodu téj choroby uzasadniają najlepiéj ważny przymiot zaraźliwości dyfteryi.

Wielu również autorów zrobiło spostrzeżenie, że dyfteryja przenosić się może z ludzi nawet na zwierzęta, np. na psy (Bossi) i na odwrót ze zwierząt na ludzi, np. z cieląt na ludzi (Damann), z kotów na ludzi (Hewit). Lekarze włoscy, szczególniéj Nicati, a nadto Gerhardt, Lutz i Zimmer, stwierdzili udzielanie się dyfteryi ludziom za pośrednictwem kur. Następnie doświadczenia robione na zwierzętach przez Oertla i Trendelenburga udowodniły, że przez wprowadzenie błon dyfterytycznych do krtani i tchawicy udało się u niektórych wywołać błonicę, która też zabijała te zwierzęta (według Trendelenburga pojawiła się błonica u 11 zwierząt na 68 zarażonych); dowodzi to również, że tylko mniéj odporne zwierzęta uległy zarażeniu, ale faktu zaraźliwości nie zwalcza. Zaszczepianie jednak wytworów dyfterytycznych u zwierząt nie wywoływało dotąd należytego obrazu błonicy. Felix, Homolle, Duchamps, Reynal, Francotte, Jankowski itd. szczepili bardzo wiele zwierząt za pomocą błon dyfterytycznych, lecz prócz zapalnego zadrażnienia w miejscu szczepienia nie zdołali innych objawów dyfteryi wywołać. Monti we wspomnianéj swéj monografii o dyfteryi (str. 149) przytacza 14 przypadków, które dotyczą lekarzy zarażonych błonicą z powodu skaleczenia się przy dokonywaniu cięcia krtaniowego lub dostania się do ich jamy ustnéj błon dyfterytycznych, a opierając się na umyślnych, lecz bezowocnych szczepieniach dokonywanych przez Trousseaua, Petera, Duchampsa, Felixa, Harleya, Mazzottego i Jankowskiego twierdzi, że w tych 14 przypadkach wybuch błonicy innym okolicznościom, a nie przypadkowemu zaszczepieniu przypisać należy i zwalcza przekonanie powszechne o zaraźliwości dyfteryi. Wprawdzie i ja sam operując 7-letniego chłopca, u którego po poprzedniém przebyciu złośliwéj odry wystąpiła błonica powikłana z zapaleniem dyfterytycznem krtani (z końcem maja 1884), przy dokonywaniu trudnego w tym przypadku cięcia krtaniowego, skaleczyłem się w palec, a nadto skaleczyłem przypadkowo i asystującego mi kolegę, a mimo to ani zapalenie naczyń limfatycznych, ani dyfteryja u nas obu się nie pojawiła, lecz fakt ten nie może sam jeszcze obalić pojęcia o zaraźliwości dyfteryi, a w 14 przypadkach przytaczanych przez Montiego dyfteryja tak szybko wystąpiła po skaleczeniu, a obraz jéj odtworzył się z taką dokładnością, że trudno uwierzyć w czysto przypadkowe skaleczenie i również przypadkowe równoczesne nabawienie się dyfteryi w inny sposób, lecz przypuścić należy charakterystyczny związek w tym względzie, a wytłumaczyć go można snadnie mniejszą odpornością organizmów uległyw dyfteryi. Zresztą Monti sam przyznaje, że forma gnilna, czyli zgorzelinowa, dyfteryi jest zaraźliwą; sądzę zatém, że już sama konsekwencyja wymaga nie szukania jakichś wyjątków naciąganych, lecz przyznania się do powszechnie przyjętego zdania opartego na faktach i codzienném doświadczeniu, j. że „w warunkach odpowiednich wytwory dyfterytyczne zdołają czy to przez przypadkowe skaleczenie, czy to znów przez dostanie się błon do jamy ustnéj lub też inną drogą wywołać znów właściwą błonicę“.

Dyfteryja zatém szerzy się przez wpływy szkodliwe miejscowo lub epidemicznie działające, przez zarażenie się, a nawet przez przypadkowe zaszczepienie wytworów chorobowych, przyczém nadmienić należy, że mimo rozlicznych i sumiennych badań nie doszliśmy jeszcze do zupełnego wykrycia wszystkich dróg, jakiemi się szerzy przyrzut dyfterytyczny, i że przypadki, w których błonica na pozór samoistnie wybucha, powstały przecież przez przeniesienie przyrzutu chorobowego, który u osoby przedstawiającéj dogodne warunki, odpowiednią glebę, należycie się rozwinął i dał początek tak ciężkiemu cierpieniu. Co więcéj nawet, na podstawie mych spostrzeżeń poczynionych podczas rozlicznych epidemij, skłonny jestem do przypuszczenia, że ten sam przyrzut chorobowy zdolny jest w miarę warunków odpowiednich wywołać błonicę łagodną, niemal nieżytową, lub też formę jéj złośliwszą, co zależy od większéj lub mniejszéj odporności organizmu. (C. d. n.)

IV. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.

Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

2) Brak woni. Do woni migdałów gorzkich wielu autorów przywięzuje bardzo wielką wagę; tak np. pisze Seidel (Maschka *Handbuch* II, str. 315): „*Der wesentlichste* „*Befund*, den man als *charakteristisch* bezeichnen kann, ist „*trotz aller dagegen erhobener Bedenken*, der Geruch nach „Blausäure (bittern Mandeln) in der Leiche“ [1]). W każdym razie byłoby to rzeczą uderzającą, że w przypadku otrucia sinkiem potasu, w przypadku, w którym wielka dawka musiałaby być wprowadzoną, skoro błona śluzowa żołądka od wpustu aż do odźwiernika była jednostajnie krwawo-czerwoną, w którym, jak to zaraz zobaczymy, trucizna nie została wydaloną, po otwarciu zwłok świeżych nikt nie czuł woni charakterystycznéj!

3) Badanie chemiczne nie wykazało sinku potasu. Zachodzi więc pytanie, co się stać mogło ze sinkiem potasu, z którego miała umrzeć Roberta M.? Szan. nasz przeciwnik przypuszcza: że trucizna albo została za życia wydzieloną, albo za życia lub śmierci rozłożoną.

Co do 1go przypuszczenia: Nie podobna przypuścić wydalenia trucizny za życia, skoro nie było ani wymiotów ani biegunki, a choroba trwała niespełna godzinę; do wydzielenia się zaś innemi drogami absolutnie czasu nie było.

Co do 2go przypuszczenia: O rozkładaniu się sinku potasu w organizmie żyjącym, w ciągu godziny i do tego stopnia, aby po śmierci żaden ślad trucizny nie pozostał, dotąd jeszcze nie słyszeliśmy. Natomiast poświęcić musimy kilka uwag kwestyi rozkładania się sinku potasu w trupach.

---

[1]) Zdanie to oczywiście było niewygodne dla obrony; dla tego prof. F. w broszurze swéj (str. 15) wyrywa z tego samego ustępu tylko zdanie: „Der Geruch ist bald nur eben wahrnehmbar itd.,“ i przez to wzbudza u czytelnika mniemanie, jakoby Seidel (a nie Maschka, jak prof. F. podaje), woń migdałów gorzkich lekceważył.

Dawniéj wierzono w nader szybkie rozłożenie się niektórych trucizn w ciele mocno gnijącém, a mniemanie to tyczyło się głównie fosforu i kw. pruskiego; co do ostatniego autorowie wszyscy powtarzali zdanie Taylora. Zapatrywanie jednak zmieniło się, odkąd Fischer i Müller w r. 1876 zdołali wykazać fosfor w zwłokach w 8, a względnie 12 tygodni po śmierci człowieka. Również inaczéj zapatrujemy się obecnie na możność wykazania kw. pruskiego, a tém bardziéj sinku potasu. Przypominam, że w rozgłośnym przypadku otrucia kw. pruskim hr. Choryńskiéj przez pannę Ebergenyi prof. Buchner w Monachijum w r. 1867 nietylko, jak twierdzi Lewin w 9—10 dni, ale i w 3 tygodnie jeszcze po śmierci hrabiny wykrył truciznę i że prof. Roussin w Paryżu w również rozgłośnym przypadku Trauppmanna, który wymordował całą rodzinę, na zwłokach Kinka, wykopanych po 3 miesiącach, jeszcze wykazał ślady preparatu sinowodowego, a Struve nawet po 18tu miesiącach miał wykryć kw. pruski. Lecz wszystkie te przypadki dawniejsze uszły jakoś uwagi, aż dopiero w r. 1876 Dragendorff wystąpił przeciw uprzedzeniu; pisze on: (*Die gerichtl. chem. Ermittlung von Giften*): „choćby nawet 14 dni upłynęło od śmierci, nie ma powodu zaniechania dochodzenia chemicznego kw. pruskiego, zwłaszcza dla tego, że i sinki trujące w podobny sposób wykazać się dają jak kw. pruski, a one dłużéj się utrzymują aniżeli kwas wolny“. Dwa lata późniéj spotykamy się z przypadkiem Pincusa (*Viertelj. f. ger. Med.*, N. F., XXIX t.), w którym na zwłokach człowieka zmarłego 19 kwietnia 1877 wykonano sekcyję dopiero 24go, a więc po 5 dniach, rozpoznano odrazu otrucie kw. pruskim, a dopiero 27go, więc w 8 dni po śmierci uskuteczniono badanie chemiczne ze skutkiem dodatnim. Pomijam okoliczność, że i Lewin podaje, „iż średnio u człowieka kw. pruski w poszczególnych przypadkach wykazać można 9 lub 10go dnia po otruciu, ale nawet i późniéj, np. w płucach po 11, w jelitach po 15 dniach [1])“, bo czémże to wszystko jest w obec faktu, że prof. Ludwig we Wiedniu w przypadku Zillnera w 115 dni po śmierci wykazał kw. pruski w kawałku wątroby. Vibert i L'Hôte (*Annales d'hygiène publ.*, 1883) u dziewczyny 29 letniéj, która d. 12 kwietnia 1882 otruła się sinkiem potasu, odbywszy sekcyję d. 14/4 na ciele już gnijącém, d. 19/4 a więc w 7 dni wykryli kw. pruski, a ciekawi, dokąd truciznę wykazać można pomimo gnicia ciała, powtórzyli badanie jeszcze 35 dnia ze skutkiem pomyślnym. Jak dalece w ostatnich kilku latach zmieniło się zapatrywanie co do możności wykrycia kw. pruskiego, dowodzi także okoliczność, że w słynnym przypadku Steiner-Ballogh w 4 lata po śmierci Steinerówny Sąd wiedeński polecił wydobyć jéj zwłoki, i że na szczątkach jéj ciała prof. Ludwig kusił się o wykrycie kw. pruskiego, prawda że bez skutku. Dla tego też Hofmann w ostatniém wydaniu swego dzieła (1884) oświadcza: „*Die Zersetzlichkeit der Blausäure in der Leiche ist keineswegs eine so hochgradige, wie gewöhnlich angegeben wird*“. Twierdzenie więc szan. przeciwnika (str. 16), „że wszyscy toksykolodzy podnoszą ogromną lotność i łatwe rozkładanie się kw. pruskiego“, nie odnosi się do obecnego stanu nauki, który Wydział musiał jednak mieć na względzie, orzekając, „że gdy badanie chemiczne odbyło się dość szybko (bo w 4—5 dni po śmierci Roberty M.), wypada przypuścić, że chemicy zdołaliby wykryć truziznę w trzewach, gdyby do nich wprowadzoną została“.

[1]) Ustęp ten z dzieła Lewina snać dla obrony nie był potrzebny!

Faktem jednak jest, że w danym przypadku, pomimo, że zwłoki były świeże, chemicy nie wykryli żadnéj trucizny, a tém samém nie wykryli i sinku potasu. Okoliczność, że badanie chemiczne odbyło się nie na prowincyi lecz w stolicy kraju, że w drugiém zwłaszcza badaniu miał udział chemik pierwszorzędny, głośne mający imie nietylko w kraju ale i zagranicą, musiała przecież ciężko zaważyć na szali, zwłaszcza ze względu na powyższy wywód o możności wykazania sinku potasu. Cóż w obec tego wszystkiego ma znaczyć twierdzenie szan. przeciwnika (str. 16): „uwaga (pp. chemików) o wielkiéj ilości zepsutego przetworu i pewności wykrycia natenczas soli potasowych w zwłokach, jest hipotezą, potwierdzenia któréj nadaremnie szukaliśmy w dziełach toksykologicznych lub w kazuistyce“. Wszakże jest rzeczą wiadomą, że sinek potasu rozkładając się tworzy amonijak i sól potasową (mrówkan, winian itd. potasowy), a wykrycie soli potasowéj jest rzeczą łatwą; wszakże szan. przeciwnik sam przytacza przypadek otrucia kw. pruskim Schauensteina z r. 1857, „w któ„rym już w 26 godzin po śmierci analiza chemiczna nie była „w stanie wykryć ani śladu trucizny, tylko kw. mrów„kowy jako produkt rozkładu“ [1]). Co się zaś tyczy produktów rozkładu sinku potasu, nie trudno znaleźć w literaturze i kazuistyce potwierdzenie dla owéj „hipotezy“ pp. chemików lwowskich; trzeba tylko znać dokładnie literaturę, co, przyznaję, nie jest rzeczą łatwą. Gdyby np. szan. autor broszury był zapoznał się z aktami głośnéj sprawy otrucia hr. Choryńskiéj przez pannę Ebergenyi (a akta te w swoim czasie ogłoszone zostały drukiem przez prof. Martina w Monachijum), byłby nabrał przekonania, że w sprawie téj Sąd mnichowski już w r. 1868 zdradził nadzwyczajną ciekawość dowiedzenia się, co się dzieje w żołądku z potasem po wywiązaniu się ze sinku potasu kw. pruskiego, a usprawiedliwioną tę ciekawość jego zaspokoili dzielni chemicy sądowi, proff. Buchner w Monachijum, Heller i Kletzinsky we Wiedniu. A jeżeli potas wykazany w żołądku hr. Choryńskiéj w danym przypadku stracił dużo na znaczeniu, ponieważ hrabina na krótki czas przed otruciem spożyła była potrawę mięsną, do któréj składników należy potas, to wykrycie potasu lub soli potasowéj w żołądku Roberty M. miałoby znaczenie bardzo wielkie, gdy ona umarła po śniadaniu.

Ponieważ zaś prof. F. w broszurze swéj jeszcze obstaje przy tém, że śmierć Roberty M. mogła nastąpić i z otrucia kw. pruskim, to żałuję, że z Seidla, do którego ma tak wielkie zaufanie, nie wypisał sobie zdania następującego: „*Der chemische Nachweis* ist zur bestimmten Diagnose der „*Blausäurevergiftung unbedingt nothwendig. Man wird vor* „*Gericht nicht eine eventuell folgenschwere Diagnose vertreten*, „die sich vielleicht nur auf eine Geruchswahrnehmung basirt“ (Maschka II, 318). A w danym przypadku nie było nawet i woni!

4) Trwanie ostatniéj choroby Roberty M. i objawy téj choroby również nie przemawiają za otruciem sinkiem potasu.

Wiadomo powszechnie, że sinek potasu zabija prawie natychmiast, zwłaszcza, jeżeli dawka była większą a preparat czysty, a tylko w takich razach powstają znamionujące otrucie to zmiany w żołądku. Jeżeli zaś dawka była mała,

[1]) Dodajmy jeszcze opuszczone przez prof. F. z oryginału wyrazy: „*eine bedeutende Menge*“ (von Ameisensäure), a nabędziemy przekonania, że szan. autor sam wyszukuje broni przeciw sobie.

preparat nie czysty, lub zażyty w płynie nieobojętnym, jeżeli treść żołądkowa była obfitą, jeżeli następują szybko wymioty itd., w takim razie choroba istotnie może trwać nieco dłużéj, ale za to przy sekcyi nie znajdujemy zmian charakterystycznych w żołądku. Całogodzinne więc trwanie niemocy u Roberty M. przy braku wymiotów nie licowało wcale z wynikiem oględzin żołądka.

Co do objawów szan. nasz przeciwnik powiada wprawdzie (str. 28), że u Roberty M. „widzimy z końcem życia okres zadyszkowy, wnet po nim drgawkowy, wreszcie zaś asfiktyczny, zupełnie jak to opisuje Lewin“, i nie widzi w tém nic takiego, coby mówiło przeciw otruciu. Pomijam okoliczność, że Lewin wypisuje z Orfili, który umarł w r. 1853, kiedy otrucia sinkiem potasu prawie nie znano jeszcze, — ale ustępem tym prof. F. dowodzi tylko, że Roberta M. ostatecznie umarła śród objawów uduszenia, o czém wcale nie wątpiliśmy. W każdym jednak przypadku otrucia, a tém bardziéj w tak zagadkowym przypadku, jak obecny, nie objawy końcowe rozstrzygają, boć z temi objawami porażenia ośrodka oddechowego spotykamy się w każdym przypadku, ile razy krew w tlen uboga a zamożna w CO_2 działa na ośrodek oddechowy a następnie i na ośrodek nn. hamujących serca; w otruciu natomiast największéj wagi są: początek i bieg choroby. W naszym przypadku niewiasta młoda zapada nagle i pozostaje bladą na krześle z przechyloną w tył głową; po natarciu octem przychodzi prędko do siebie, mówiąc: „nie wiem, co mi się stało, tak mi się nie dobrze zrobiło i serce mi bije“, a połknąwszy kroplę wawrzynośliwową na cukrze [1]) przyszła zupełnie do siebie i wtedy dzieciom opowiedzieć miała, że będąc jeszcze panną pewnego razu podobnie zemdlała i na ziemię upadła. W pół godziny potém wstaje z krzesla, aby dać słudze pieniędzy na zakupno do miasta, idzie do szafy, otwiera drzwi, wyjmuje pulares i wtedy pada mdlejąc; przeniesiona na łóżko znów cokolwiek przychodzi do siebie po natarciu octem itd. Czy słyszał kto o podobnym przebiegu choroby u osoby otrutéj sinkiem potasu? I znów nam szan. autor przytacza przypadek Maschki, w którym student umarł dopiero w godzinę po zażyciu sinku potasu; ale według zwyczaju swego nie podaje, że student ten w 2—3 minut po zażyciu padł bez przytomności, i że przy sekcyi żołądek i płuca wydawały wyraźną, a mózg słabą woń migdałów gorzkich. Czego dowodzi ten przypadek i inne podobne? Oto, że po otruciu sinkiem potasu śmierć a nawet objawy chorobowe nie muszą wystąpić natychmiast, co powszechnie jest wiadomém, ale daremne będą poszukiwania w literaturze za przypadkiem otrucia sinkiem potasu lub kw. pruskim, w którym objawy otrucia raz wystąpiwszy miały ustąpić na $1/2$ godziny skutkiem zażycia jednéj kropli wody wawrzynośliwowéj lub natarcia octem! Nie, tak niewinnym nie jest sinek potasu, tak idylicznie on nie działa, a niepodobna, jakeśmy już powiedzieli, przypuścić jakiejś szczególnie maléj dawki lub preparatu bardzo zepsutego, skoro ten preparat i ta dawka wywołać miały ostre otrucie i śmierć w ciągu jednéj godziny, a co najważniejsza, tak znaczne zmiany w żołądku.

Gdy więc nie było żadnéj podstawy do uzasadnienia jakiegokolwiek otrucia, należało przypuścić śmierć naturalną. A skoro akta dowodziły:

1\. że Roberta M. do choroby sercowéj była usposobioną, skoro wedle zeznania własnéj matki nieraz skarżyła się „na ból serca i zaparcie oddechu“, skoro lekarz Dr. B. już przed kilku laty spostrzegł, że skutkiem anemii czynności serca były u niéj upośledzone;

2\. że jak własna matka i nieboszczka sama podały, Roberta M. przed 3 laty podobny przebyła napad i dopiero po półgodzinném cuceniu przyszła do siebie;

3\. że objawy choroby ostatniéj nie przemawiały za żadném otruciem a natomiast odpowiadały w zupełności niedomodze i porażeniu serca;

4\. że drudzy pp. obducenci opisują w zwlokach jeszcze niezepsutych mm. sercowe jako kruchawe;

5\. że ci sami po oświadczeniu się za otruciem uznali jeszcze za potrzebne zbadanie drobnowidowe serca;

6\. że dwaj lekarze sądowi zbadawszy m. sercowy drobnowidowo znaleźli rozpoczynający się zanik brunatny i nie wykluczają zwyrodnienia tłuszczowego, a Wydział lekarski nie miał najmniejszego powodu niedowierzania ich badaniu;

7\. jeżeli wreszcie uwzględnimy, że przypadki śmierci z porażenia serca w naszych czasach stają się niestety coraz częstszemi, i że w wielu z tych przypadków znajdujemy tylko mierne zwyrodnienie tłuszczowe, a są przypadki, w których żadnego zwyrodnienia wykazać nie można, a natomiast znajdujemy ważne zmiany w tętnicach wieńcowych, —

pytam się, czy orzeczenie Wydziału, że Roberta M. umarła z porażenia serca, nie było całkiem uzasadnione?

W historyi przypadku, obfitującéj, jak widzieliśmy, w liczne epizody niezwykłe, znów zachodzi tu zmiana w scenach naszego widzenia! Opowiada nam prof. F. (str. 18 broszury), że powróciwszy we wrześniu do Lwowa i dowiedziawszy się o wyniku badania mikroskopowego serca postanowił sprawdzić stan jego pod mikroskopem. W tym celu uprosiwszy sobie od Sędziego zachowany w wyskoku kawałek ten serca badał dokładnie i doszedł do przekonania, „iż mięsień sercowy śp. M. nie okazuje pod mikroskopem najmniejszéj zmiany chorobowéj“, a w szczególności ani śladu stłuszczenia, lub zwyrodnienia lub zaniku barwikowego; — „prostuje więc orzeczenie dotyczące poprzednich pp. znawców“.

A więc mamy znów odwołanie i sprostowanie! Rzecz wprawdzie uderzająca, że prof. F. posądza dwóch kolegów, znanych w stolicy lekarzy sądowych, jakoby nie byli w stanie uskutecznić tak prostego badania, jakiém jest badanie m. sercowego, ale w téj sprawie już niczemu dziwić się nie można. Lecz podczas gdy odwołanie pierwszych pp. chemików, jakkolwiek niezwykłe, przecież było na czasie i uczynione przed Sędzią, który mógł rzecz sprowadzić jeszcze na drogę właściwą, — sprostowanie szan. przeciwnika, odnoszące się do cudzego badania i orzeczenia, uczynione po niewczasie i prywatnie, jest o wiele dziwniejszém i zaiste w annalach praktyki sądowolekarskiéj wyjątkowém. Jeżeli prof. F. okazał tyle niezaprzeczonéj energii, że sam od siebie uskutecznił badanie ponowne, dla czego nie postarał się o to, aby o wyniku tego badania, któremu przypisuje tak wielkie znaczenie (str. 19), dowiedział się Sędzia, i aby ostatni podał o nim wiadomość Wydziałowi lekarskiemu, w którego biurze akta wówczas leżały zamknięte przez całe feryje letnie. Nie wchodzimy atoli więcéj w motywa tego zaniechania, ale pytamy, czy, przypuściwszy, że wynik ów byłby istotnie wielkiéj wagi dla sprawy, czy faktu niestwierdzonego i nie ob-

---

[1]) Kropla *Aq. laurocerasi*, tak cudownie działająca w otruciu kw. pruskim lub sinkiem potasu, jest jednym z ciekawych epizodów tego przypadku. Skutek ten cudowny mógłby napawać dumą homojopatów.

jętego wcale aktem urzędowym, można użyć jako broni przeciw orzeczeniu Wydziału, który o têm odkryciu teraz dopiero dowiaduje się w 2 miesiące przeszło po wydaniu swego orzeczenia?

Lecz przypuśćmy, że prof. F. byłby zawiadomił Wydział lekarski o rezultacie swego badania, tak sprzecznego z badaniem swych kolegów, — czy wiadomość ta byłaby wpłynęła na zmianę orzeczenia Wydziału? Na pytanie to odpowiadam stanowczo: nie. W takim razie Wydział byłby tak samo orzekł: „Nie przemawia przeciw śmierci z porażenia serca wynik badania prof. F.“, a to z dwóch ważnych powodów:

1) Jeżeli już wynik badania pierwszych pp. znawców co do zwyrodnienia tłuszczowego był niepewny dla tego, że badali kawałek m. sercowego, który przez 6 tygodni leżał w wyskoku, to têm mniejsze może mieć znaczenie wynik badania prof. F., skoro badał kawałek m. sercowego, który moczył się w spirytusie przez 4 miesiące. Spuścił bowiem szan. kolega całkiem z uwagi, że wyskok wyciąga tłuszcz i że z badania preparatu wyskokowego żadną miarą nie można wysnuć w téj mierze wniosków dla Sądu. Dla anatomów patologicznych kwestyja ta nie podpada żadnéj wątpliwości [1]).

2) Przypuściwszy jednak, że istotnie nie było zwyrodnienia tłuszczowego [2]), to przecie nietylko zmiany w m. sercowym pociągają za sobą śmierć z porażenia serca, ale zdarzają się i przypadki śmierci nagłéj, w których m. sercowy nie okazuje zmian, ani też w innych narządach zmian nie znajdujemy, a przyczyna śmierci pozostałaby nie wytłumaczoną, gdybyśmy nie badali tętnic wieńcowych serca i nie znaleźli w nich zmian ważnych, które od razu wyjaśniają śmierć szybką, a które nawet bez równoczesnych zmian w tętnicy głównéj istnieć mogą. Choćby więc tętnica główna makroskopowo okazała się zdrową, nie uwalnia to nas jeszcze w takich razach od badania tętnic wieńcowych (porówn. Rosenbach: Uiber die Sklerose der Kranzarterien d. Herzens, *Bresl. ärztl. Zeitschrift*, 1886, Nr. 1, 2). U Roberty M. atoli dziwnym sposobem ani tętnica główna, ani wieńcowe, wcale nie były badane.

Tak więc i ostatni epizod w niczém nie zmienia naszego zapatrywania na przyczynę śmierci Roberty M.

(Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

O pierzchnicach płaskich Wilsona. Skreślił Dr. K. Szadek, lekarz ordynujący oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu garnizonowym w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Miejscami ulubionemi osutki są zwykle zgięcia odnóg, boki, brzuch, lędźwie i części rodne; powierzchnie odnóg wyprostne, szyja, twarz i dłonie rzadziéj podlegają osutce. Na odnogach osutka pierzchnic płaskich przybiera najchętniéj postać długich, do ich osi podłużnéj równoległych smug, gdzieniegdzie rozszerzających się w blaszki; rzadziéj napotykamy tu niewielkie blaszki i gromadki grudek. Na tułowiu zaś spostrzegamy najczęściéj wielkie nieprawidłowo okrągłe blaszki o postaci rozmaitéj z połączenia pasm, mniejszych blaszek, gromadek i pojedynczych grudek powstałe. Spostrzegano też przypadki, w których osutka usadowiła się na niewielkich przestrzeniach skóry, mianowicie w okolicach ciała, odpowiadających rozgałęzieniom pewnych nerwów; miało to miejsce mianowicie w przypadkach Tilburego Foxa i Mackenziego. W innych znów przypadkach spostrzegano rozległe zajęcie skóry osutką (Unna i Kaposi).

W przypadkach pierzchnic płaskich nietylko skóra dotkniętą jest sprawą chorobową, lecz zmiany chorobowe napotykają się też czasem i na sąsiednich błonach śluzowych, np. w jamie ustnéj i na częściach rodnych. Już Wilson opisał kilka przypadków pierzchnic płaskich, w których na błonie śluzowéj języka, policzków i w połyku znaleziono białe plamki, obwódką czerwoną otoczone. W dwu przypadkach spostrzeganych przez Hutchinsona obok płaskich grudek na skórze, zauważono zmiany odpowiednie na języku i powierzchni wewnętrznéj policzków. Ostatniemi czasy przypadki odnośne podali: Crocker (3 przypadki), Pospelow, Neumann, Koebner i Thibierge (3 przypadki). Ostatni autor, opisawszy dokładnie zmiany, jakim przy *lichen planus* błona śluzowa jamy ustnéj ulega, utrzymuje, iż powstawanie w ustach i połyku grudek nader często w chorobie téj spostrzegać się daje.

Zmiany chorobowe w *lichen planus* na błonach śluzowych powstające, zależne są po części od drażniących miejscowych wpływów (palenie tytoniu, pokarmy ostre, niechędożny stan zębów itd.)

Osutka pierzchnic płaskich nie sprawia choremu wielkiego niepokoju, swędzi trochę jedynie w początkach cierpienia i li tylko w przypadkach z przebiegiem szybkim lub też przy znacznêm łuszczeniu się. Wystąpieniu *lichen. plani* na błonach śluzowych rzadko towarzyszą jakiebądź objawy podmiotowe; najczęściéj cierpienie to trwa przez czas dość długi, nie zwracając na siebie baczenia chorego.

Przebieg cierpienia omawianego rzadko bywa szybkim. Osutka wtedy w ciągu kilku tygodni na większą część powierzchni ciała rozszerza się. Zwykle wszakże występuje ona na odnogach niemal niepostrzeżenie dla chorego i dopiero późniéj po kilku miesiącach, a nawet czasem i po kilku latach, trwania osutki na skórze odnóg i na tułowiu pojawiają się grudki rozsiane i skupione w gromadki. Trwanie każdéj grudki bywa często dość długiém; wiele miesięcy, czasem nawet lata mijają, zanim grudka płaska doszczętnie zaniknie. W ogólności więc osutka nieleczona w sposób właściwy trwać może bardzo długo i zwykle obok zanikłych już i wessanych wyrzutów nowe gromadki grudek się pojawiają. Jednakże i nieleczona choroba najczęściéj ugasa w skutek przeobrażania się grudek w plamki zanikowe. Pod tym względem pierzchnice płaskie na znacznie pomyślniejsze zezwalają rokowanie w porównaniu z pokrewném im cierpieniem skóry *lichen ruber acuminatus*, gdyż ta ostatnia choroba skóry, nie będąc stosownie leczoną, szerzyć się zwykła na rozległe obszary ciała i wtedy może sprowadzać za sobą wyniszczenie, upadek odżywiania, charłactwo i nawet śmiertelne zejście: w kilku pierwszych przypadkach *lichen. rubri* przez Hebrę spostrzeganych choroba zakończyła się

[1]) Tak np. pisze Friedländer (*Microscopische Technik*, Berlin, 1884): „Wir können über den Fettgehalt der Gewebe, z. B. bei pathologischen Verfettungen, immer nur bei Untersuchung *frischer* Organe richtigen Aufschluss erlangen, *niemals an Alcoholpräparaten*“.

[2]) Z protokółu sekcyjnego wynika tylko, że m. sercowe były bladobrunatne, kruchawe; czy jednak m. sercowy nie przedstawiał w samym miąższu ukrytych ognisk nekrotycznych (*Malacia*) lub też zapalenia chronicznego (*Myocarditis fibrosa*), z opisu domyślać się nie można.

śmiercią, mianowicie zaś z tego powodu, iż wtedy sposobów leczenia pierzchnic czerwonych wcale nie znano.

Zgodnie z Lavergnem trzy postacie pierzchnic płaskich odróżniać należy: ostrą (*lichen planus acutus*), przewlekłą (*lichen planus chronicus*) i przerostową (*lichen corneus*). W przeważnéj liczbie przypadków wszakże u chorego, cierpiącego na *lichen planus*, obok szybko wytwarzających się i niedługo trwających wyrzutów, nader powolne i uparte napotkać można. Również zdarzyć się téż może, iż szybko powstała i szerząca się osutka przebiega potém nader po wolnie i upływają lata, zanim nastąpi zanik i wessanie tworów chorobowych.

Etyjologija pierzchnic płaskich pozostaje całkiem jeszcze niezbadaną. Niektórzy spostrzegacze wypowiadają zdanie, iż zmiany w skórze w *lichen planus* powstają w skutek zaburzenia odżywczego skóry, wywołanego przypuszczalném lecz niezbadaném dotąd cierpieniem układu nerwowego ośrodkowego (Tilbury Fox, Hutchinson, Schwimmer). Brakuje wszakże przekonywających dowodów na potwierdzenie takiego przypuszczenia. Zdarza się jednak, iż stosunek przyczynowy powstania choroby z zaburzeniami nerwowemi wydaje się nader prawdopodobnym. Zaliczyć tu należy kilka przypadków Colcottego Foxa, dwa Mackenziego, jeden Morrisa i jeden świeżo ogłoszony Cariniego, w których grudki w kierunku pewnych nerwów usadawiały się lub téż osutce towarzyszyły wyraźne zaburzenia ośrodków nerwowych. Zdaniem Wilsona, który bodaj najwięcéj przypadków pierzchnic płaskich spostrzegał, za czynnik usposabiający do powstawania choroby uważać należy działanie gorąca na skórę obnażoną; napotykał on bowiem chorobę omawianą najczęściéj u osobników, których zajęcie wymagało dłuższego przebywania pod gołém niebem i w skutek tego ulegających często działaniom palących promieni słonecznych (rolnicy, wyrobnicy). Obok tego Unna wypowiedział niedawno przypuszczenie co do pasorzytnego pochodzenia pierzchnic płaskich; tenże autor sądzi téż, iż w wielu przypadkach téj choroby nie podobna zaprzeczać wpływu poprzednich podrażnień skóry na powstawanie osutki *lichenis plani*.

Osutce podlegają przeważnie osoby wieku dojrzałego i podeszłego (według Wilsona napotyka się pierzchnice płaskie najczęściéj pomiędzy 40 a 50 rokiem życia), rzadziéj młodzież i dzieci (dwa przypadki Kaposiego).

Przeważna liczba spostrzeganych dotąd przypadków choroby przypada na mężczyzn; kobiety rzadko ulegają pierzchnicom płaskim.

Pierzchnice płaskie są dość rzadko napotykającém się cierpieniem skóry, nie jednakowo często w rozmaitych miejscowościach spostrzeganém. Ciekawą jest ta mianowicie okoliczność, iż w Ameryce, Anglii, Francyi i Austryi *lichen planus* stosunkowo często wydarza się; w innych zaś krajach jakoto Niemcy, Włochy, Danija i Rosyja, bardzo rzadko. Przeciwnie zaś liczba napotykanych przypadków pierzchnic czerwonych kończastych (*lichen ruber acuminatus*) jest znacznie większą w Niemczech niż w Anglii, Ameryce i Francyi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. Kratter (w Gracu): **Badania nad otruciem atropinowém.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Obraz kliniczny otrucia jest więc charakterystyczny, tak że otrucie atropinowe z pewnością rozpoznać można. Najważniejszym, a czasem, zwłaszcza w lżejszych przypadkach otrucia, jedynym objawem otrucia jest rozszerzenie źrenicy, utrzymujące się najdłużéj ze wszystkich objawów. Ponieważ atoli są i inne trucizny i alkaloidy, które mydryjazę wywołują, dla tego na podstawie objawu tego orzec można tylko, że objawy przemawiają za otruciem wilczą jagodą, atropinem lub inną istotę mydryjatyczną; prawdopodobieństwo atoli przemawia za belladonną a względnie atropinem, ponieważ na 100 przypadków otrucia środkami źrenicę rozszerzającemi 99 razy mamy do czynienia z wilczą jagodą i jéj preparatami.

Porównywając objawy otrucia atropinowego z objawami występującemi w niektórych chorobach znaleść można pewne analogije, przez co zachodzić mogłaby obawa, że będzie trudność w odróżnianiu otrucia atropinowego od pewnych stanów patologicznych, jak nawału krwi do mózgu i udaru mózgowego, choroby umysłowéj, ostrego otrucia wyskokowego (upojenia) i płonicy. Pomijając atoli objawy kliniczne, cechujące owe choroby a niedostające otruciu atropinowemu, to wątpliwość w danym razie rozstrzygają dwie okoliczności: rozszerzenie źrenic i zachowanie się ciepłoty. Na podstawie doświadczeń Schroffa starszego przypuszczano dawniéj, że otrucie atropinowe pociąga za sobą obniżenie ciepłoty; tymczasem doświadczenia autora przemawiają raczéj za podwyższeniem jéj, co w każdym razie zasługuje na uwagę.

Zmiany pośmiertne: Z dotychczasowych spostrzeżeń wynika, że na zwłokach znaleziono: 1) rozszerzenie źrenic, 2) przekrwienie mózgu i jego opon, a 3) jeżeli otrucie nastąpiło za pomocą jagód, znaleziono objawy zadrażnienia błony śluzowéj połyku, gardziela i żołądka.

W opisanym wyżéj przypadku 6tym sekcyja wykazała co następuje: Źrenice miernie i jednostajnie rozszerzone, opony miękkie wilgotne, mocno nastrzykane, istota rdzenna mózgu obfitująca w duże ciemne kropki krwawe, zwoje środkowe obfitsze w krew, móżdżek miękki, w krew obfity, błona śluzowa połyku gładka, cienka, ciemno-fijoletowo zabarwiona, w dolnéj $1/3$ części gardziela pokryta ciemno-brunatnemi, tu i owdzie szarawo-żółtemi, już to luźnie, już to mocno przylegającemi pokładami, które po oddzieleniu okazują dolną płaszczyznę dość gładką i szaro-żółto zabarwioną i przedstawiają się do błon podobne; wzdłuż fałdów podłużnych gardziela są one również pomarszczone i tym sposobem naśladują wnętrze gardziela, które po oddzieleniu tamtych okazuje się gładkiém i bladém. Żołądek podwiązany zawiera dużo płynu żółtawego; błona śluzowa po większéj części obrzmiała, pokryta błonami łatwo oddzielającemi się; miejsca wolne bł. śluzowéj zaczerwienione; wzdłuż krzywizny małéj utraty substancyi 3 mm.—1 cm. długie, o brzegach ostrych zębiastych i dnie lekko zagłębioném, białawo-żółtém, lekko pasmowatém; w połowie odźwiernikowéj bł. śluzowa mocno obrzmiała, pomarszczona; bł. mięsna nieco rozpulchniona, otrzewna blada. Na bł. śluzowéj jelit cienkich poszczególne wynaczynionki, w jelicie grubém mała ilość kału zbitego, w którém znajdują się ziarna owocowe.

Badanie mikroskopowe wykazało, że twory błoniaste w gardzielu są rzeczywistą wypociną włóknikową, przez którą przybłonek brukowy gardziela oddzielony został w postaci szmat, ściśle połączonych z masami włóknikowemi; oprócz przybłonka na powierzchni wypociny znajdują się i rozpadłe czerwone masy krwi, w postaci dość grubego pokładu barwy brunatno-rdzawéj. Pokłady na bł. śluzowéj części wpustowéj żołądka również składają się z podobnéj masy wypocinowéj włóknikowéj. Nie ulega więc wątpliwości, że znaleziono dość znaczne zapalenie bł. śluzowéj gardziela i

żołądka z wytworzeniem wypociny włóknikowéj z krwią zmięszanéj. Ziarna owocowe w kale znalezione okazały się nasionami wilczéj jagody. Badanie chemiczne miało wynik ujemny.

Przypadek VII. Aptekarz, l. 54 liczący, znaleziony został bez życia w łóżku własném. Dochodzenie policyjne przemawiało za samobójstwem za pomocą rozczynu (prawdopodobnie wodnego) siarkanu atropinowego. Obok łóżka leżał papierek próżny z napisem: *atrop. sulph.* a badanie za pomocą lupy wykazało w nim kilka jeszcze delikatnych kryształków wilgotnych, które przez badanie mikroskopowe i doświadczenie fizyjologiczne rozpoznano jako atropin. Sekcyja w 48 godzin później uskuteczniona prócz szeregu zmian anatomicznych, odnoszących się do alkoholizmu przewlekłego i kiły dawnéj nie wykazała nic, coby otrucie cechować mogło; nie spostrzeżono żadnych zmian miejscowych na błonach śluzowych przewodu pokarmowego, które były tak wybitnemi w otruciu wilczą jagodą. Różnica ta wielce zasługuje na uwagę i tłumaczy sprzeczne zdania autorów co do zmian po otruciu w mowie będącém występujących. Opisy dawniejsze odnoszą się tylko do jagód, nowsze przeważnie do alkaloidu; w tamtych słusznie jest mowa o zmianach anatomicznych, których brak absolutny w opisach nowszych. Obydwóm wspólne jest tylko rozszerzenie źrenic i przekrwienie mózgu, na tych dwóch zmianach niepodobna atoli oprzeć rozpoznania otrucia atropinowego. Pewności nabywa się tylko wtedy, jeżeli w treści żołądka lub jelit znajdują się resztki jagód.

Badanie sądowolekarskie jest tém ważniejsze, im niepewniejszą dyjagnostyka patologiczna. Otto twierdził, że wykazanie otrucia atropinowego jest bezwarunkowo niemożebném; zdanie to jednak jest mylném. Autor posługiwał się w badaniu chemiczném sposobem Erdmanna i Uslara, zmodyfikowanym przez Dragendorffa. (Istotę badać się mającą wyciąga się za pomocą wyskoku, zakwaszonego SO_3; po 24—48 godzinném wytrawianiu i ponownem wyciąganiu za pomocą kwaśnego wyskoku, alkaloid otrzymuje się w rozczynie kwaśnym. Po wyparowaniu wyskoku pozostały płyn wodny kłóci się kilkakrotnie eterem, łub chloroformem, unikając użycia alkoholu amylowego; teraz zobojętnia się kwas za pomocą amonijaku a płyn amonijakalny znów kłóci się eterem, poczém alkaloid przechodzi do eteru; po wypłuczeniu wodą tych płynów i wyparowaniu eteru otrzymuje się alkaloid w stanie bezpostaciowym, a po dalszém czyszczeniu w stanie krystalicznym). Kryształki bada się pod mikroskopem, albowiem z postaci krystalicznéj wnosić już można o obecności alkaloidu. Wreszcie przystępuje się do zakraplania rozczynu w oko zdrowe, najlepiéj ludzkie,— króliki okazały się nieodpowiedniemi, bo okazują nadzwyczajną oporność w obec atropinu; obok ludzi najodpowiedniejsze są do doświadczeń koty.

Z odczynów chemicznych tylko jeden, a mianowicie podany przez Gulielmę ma wartość; polega on na wywiązaniu się szczególnéj woni po ogrzaniu za pomocą kwasów zgęszczonych. Reakcyja to bardzo czuła, chroma jednak jak każda próba polegająca na poczuciu podmiotowém, co już ztąd wynika, że jedni woń tę nazywają miłą, przypominającą woń miodu, drudzy zaś nazywają ją smrodem określić się nie dającym, inni wreszcie wcale jéj nie czują.

W jednym niewątpliwym przypadku otrucia jagodami badanie chemiczne pozostało ujemném; autor tłumaczy to sobie wydzielaniem się trucizny podczas choroby 3 dni trwającéj; przynajmniéj przekonał się już dawniéj, że strychnin w 22 godziny po zastrzyknięciu podskórném w moczu wykazać się już nie daje.

W przypadku 7ym udało się autorowi otrzymać piękny osad krystaliczny, którego badanie drobnowidowe doprowadziło do rezultatów ciekawych. Przy słabém powiększeniu okazały się niedokładnie rozwinięte kryształy słupowate oraz szkielety kryształków, postacie przejściowe obok licznych delikatnych kryształków igiełkowych, a pośród nich poszczególne okazy krystalizujące w systemie teseralnym. Kryształy słupowe znikały w ciągu 1—1½ tygodni, a badanie w świetle polaryzowaném pouczyło, że krystalizują w systemie monoklinicznym lub rombicznym. Kupki zaś gwiazdkowate kryształów igiełkowatych okazały się identycznemi z kryształami, które się otrzymuje po wyparowaniu kropli 1% rozczynu atropinu; sześciany wreszcie zlepione są zawsze ze słupami lub gwiazdkami. Znaczenie tych 3 kategoryj kryształów jest jasne: sześciany są solą kuchenną, słupy siarkanem amonowym, podczas gdy gwiazdki są siarkanem atropinu. Jeżeli się osad ten cały krystaliczny ogrzewa miernie w wyskoku absolutnym, gwiazdki rozpuszczają się, podczas gdy inne kryształy pozostają nierozpuszczonemi. Z rozczynu zaś wyskokowego można wykrystalizować całkiem czyste kryształy siarkanu atropinowego w długich igłach. Ztąd wnosi autor, że nietylko w dochodzeniu atropinu, ale i innych alkaloidów, badanie mikroskopowe osadu jest rzeczą ważną i że należy je każdym razem przedsięwziąść, zanim się przystępuje do badania ostatecznego odczynu chemicznego lub fizyjologicznego.

W przypadku 8ym, tyczącym się kobiety, którą w stanie szału przywieziono do szpitala, a u której rozpoznano otrucie wilczą jagodą, autor znalazł w moczu alkaloid źrenicę rozszerzający, a za pomocą badania mikroskopowego rozpoznał stanowczo otrucie atropinem.

Autor dochodzi w końcu do następujących wniosków:

1) Otrucie atropinowe można wykazać z pewnością przez wydzielenie alkaloidu z części trupa.

2) Dla badania sądowolekarskiego mocz jest przedmiotem bardzo ważnym, ponieważ atropin szybko ulega wessaniu i dosyć prędko niezmieniony przechodzi do moczu; można go więc w nim i za życia otrutego rozpoznać.

3) Badanie mikroskopowe, względnie krystaloskopowe, czystego osadu w świetle polaryzowaném wprawdzie nie rozstrzyga kwestyi, ale należy je w każdym razie przedsięwziąść.

4) Dowodu stanowczego nie dostarcza ani badanie krystaloskopowe, ani badanie woni, lecz tylko doświadczenie fizyjologiczne na oku ludzkiém, co bez najmniejszéj szkody uskutecznić można.

5) Atropin opiera się długo zgniliźnie, można go więc wykazać i w trupach od kilku miesięcy pochowanych.

6) Wynik badania chemicznego może stać się ujemnym z powodu szybkiego wydzielenia się atropinu moczem, jeżeli śmierć nastąpiła dopiero po kilkodniowéj chorobie. (Odbitka z *Viertelj. f. ger. Medicin,* 1886). *L. Blumenstok.*

Dr. Bockhart: **O zastosowaniu jodoformu w chorobach wenerycznych.**

Chociaż jodoform już przed 30 laty został przez Maitrégo zalecony przeciw wrzodom syfilitycznym, mało był jednak z początku używany. Dopiero gdy chirurgija zwróciła na niego swą uwagę i postawiła go w rzędzie najdzielniejszych środków antyseptycznych, gdy równocześnie przed-

têm bardzo wysoka jego cena spadła, zaczęto go i w chorobach wenerycznych więcéj używać, a wkrótce pojawiła się znaczna ilość sprawozdań, wykazujących większe lub mniejsze korzyści, jakie za pomocą tego środka osiągnąć można. W ciągu ostatnich dziesięciu lat powstał z tego materyjał dość obfity, pozwalający na wyprowadzenie z niego dodatnich wniosków, których zestawienie zdaje się być ze względu na ważność téj kwestyi pożądaném.

Zastósowanie jodoformu przeciw rzeżączce. Pierwszy Watson Cheyne ogłosił w r. 1880 zadziwiające wyniki, jakie przy leczeniu rzeżączki jodoformem miał otrzymać. Kazał on robić laseczki z masła kakaowego z jodoformem z dodatkiem olejku rozdrębu *(ol. eucalypti)*, które chorym polecał wprowadzać raz dziennie na 4—5 godzin do cewki moczowéj, a prócz tego używać ściągających i antyseptycznych wstrzykiwań. Rzeżączka w ten sposób leczona miała ustępować w przeciągu 7—10 dni. Doświadczenia jego powtórzył James i miał otrzymać te same rezultaty. Inni jednakże nie mogli tych nadzwyczajnych skutków osiągnąć. Jedni na mocy swych doświadczeń twierdzili, że leczenie w ten sposób przeprowadzone nie trwa krócéj niż innemi sposobami (Tarnowski), przyszli nawet do przekonania, że jodoform nadzwyczaj mały wywiera wpływ przeciw rzeżączce. To samo potwierdził Bockhart; następnie zaś używał on jodoformu przeciw zapaleniu rzeżączkowemu szyjki macicznéj, a próba znowu wydała rezultat ujemny. Tak więc wkrótce usunięto zupełnie jodoform z rzędu środków przeciwgorączkowych. Jeszcze pierwéj, nim przeciw saméj rzeżączce, próbowano używać jodoformu przeciw zapaleniu rzeżączkowemu przyjądrza. Alvarez zalecal go już w r. 1877 w formie maści, inni w glicerynie, korzystnych jednakże wyników, które ci autorowie otrzymali, inni nie mogli potwierdzić i tu więc jodoform został usunięty.—Jedynie przeciw owrzodzeniom części pochwowéj macicy, powstałym w skutek zakażenia trypiowego, okazał się jodoform skutecznym. Pierwszy zastósował go Wolff w klinice Rineckera. Metoda jego jest następująca: po przepłukaniu części pochwowéj macicy 2% rozczynem kwasu karbolowego przykłada się na miejsca zajęte gazę napełnioną proszkiem jodoformowym, którą się następnie tamponem z waty umocowywa. Jodoform ten wraz z tamponem pozostaje przez 24 godzin. W ten sposób goją się nawet znaczne owrzodzenia w przeciągu 2—3 tygodni. To jest jedyna korzyść, jaką przy zakażeniu rzeżączkowêm za pomocą jodoformu osiągnąć można.

Zastósowanie jodoformu przeciw szankrowi miękkiemu i dymienicom ropiejącym. Pierwszym, który jodoform przeciw szankrowi miękkiemu zastósował, był Izard. Wyniki, które otrzymał, były tego rodzaju, iż wyraził zdanie, że jodoform jest najlepszym środkiem w téj chorobie, nie jest jednak skutecznym przeciw szankrowi wyżerającemu. Stósował on jodoform albo w proszku, albo w następującéj formie: *Rp. Jodoformi 3,0, Spirit. 10,0, Glycerini 30,0.* Wkrótce po nim wystąpił Lazansky z równie korzystnêm zdaniem o działaniu jodoformu. Stósował on go według przepisu Izarda, jeśli wrzód był łatwo dostępny, jeśli zaś był umiejscowiony w miejscu trudno przystępnêm, np. w fałdach skóry około odbytu, używał mięszaniny jodoformu z eterem (1:15—30). Już po kilku dniach, według zdania Lazanskyego, wrzód się oczyszcza, naciek się zmniejsza, i gojenie szybko następuje. Świetne wyniki tych dwóch autorów zachęciły innych do doświadczeń i nie tylko że je potwierdzili, ale nawet niektórzy (Klink, Strokowski, Tarnowski), zaprzeczyli bezskuteczności jodoformu w szankrze wyżerającym. Tarnowski na mocy licznych doświadczeń twierdzi, że średnio potrzebuje wrzód miękki nawet przy leczeniu jodoformem 14 dni czasu do oczyszczenia się, czasu więc krótszego, niż przy innych metodach, tudzież, że daleko rzadziéj przybiera charakter wyżerający. Równie korzystne wyniki otrzymano w klinice Rineckera, który używał jodoformu w eterze, jeśli wrzód był mały, a w proszku, jeśli znacznych rozmiarów. Przy têm postępowaniu nigdy wrzód nie przybierał charakteru wyżerającego ani błonicowego, a nawet szankry pojedyńcze goiły się dobrze. Zauważył tylko, że wrzody już dobrze granulujące czasem nie chciały się zabliźnić i musiano uciekać się do innych środków, jak azotanu srebrowego. Wielu autorów zgadza się na to, że mięszanina jodoformu z eterem okazuje się skuteczniejszą od proszku jodoformowego, co można têm wytłumaczyć, iż przy téj metodzie cienka tylko, a wystarczająca warstwa jodoformu dokładnie z wrzodem się styka. Zeissl w swêm dziele stawia jodoform na pierwszêm miejscu w rzędzie środków przeciw szankrowi używanych. W obec tego, tak korzystnego, działania jodoformu jest prawdopodobnêm, że jodoform jest swoistym lekiem dla szankra miękkiego. Opierając się na têm jego działaniu chciano go użyć jako środka poronnego przeciw dymienicom szankra miękkiego, jednakowoż okazał się on tutaj bezskutecznym, natomiast bardzo korzystnie działa w bubonach ropiejących. Pod wpływem jodoformu goją się bubony stosunkowo prędko; czas kuracyi oznaczają różni autorowie średnio na 23—38 dni. Ważniejszêm może jeszcze od krótszego trwania kuracyi jest to, że pod wpływem jodoformu dymienica nigdy nie przybiera charakteru wyżerającego ani błonicowego, a według Funka nawet szankrowego. Z pomiędzy licznych metod stósowania jodoformu, z pośród których zasypywanie proszkiem może najczęściéj było używane, najwygodniejszym dla chorych zdaje się być opatrunek uciskowy podany przez Petersa, a używany także często w klinice Rineckera. Z dobrze założonym opatrunkiem uciskowym mogą chorzy bez szkody chodzić.

Zastósowanie jodoformu przeciw kile. Jodoform próbowano stósować w kile wewnętrznie w dwojakim celu. Jedni próbowali zastąpić nim jodek potasu, inni rtęć w leczeniu drugorzędnéj kiły. Wkrótce jednak przekonano się, że jodoform działa bardzo słabo w drugorzędnéj kile, a nie długo potêm okazało się, że nie może on zastąpić i jodku potasu. Wprawdzie ilość jodku w jodoformie jest daleko większą niż w jodku potasu, różnica wynosi c. 20%, ale za to jodoformu można dać choremu najwyżéj 1,0 na dzień bez narażenia go na niebezpieczeństwo zatrucia, podczas gdy jodek potasu może chory w bez porównania większych dawkach zażywać. Dodać należy, że Maitre podaje, iż choremu można bez szkody i 3,0 na dzień jodoformu podawać. Tylko w nerwobólach na tle syfilitycznêm działa jodoform daleko lepiéj niż inne środki. Zeissl, Davenport i Bockhart podają, że po zastósowaniu jodoformu nerwobóle te ustępowały nadzwyczaj szybko. Jodoform stósowano wewnętrznie w rozmaitych formach, co ze względu na znoszenie go ze strony chorych nie jest obojętnêm. Z początku podsuwano go w pigułkach, ale wkrótce zauważono, że ten sposób podawania sprawia często mdłości, przykre odbijanie i boleści żołądka. Zaczęto więc używać injekcyj podskórnych i te okazały się odpowiedniejszemi. Thomann używał w tym celu jodoformu z gliceryną (6:20) lub z olejkiem migdałowym (0,3:6), Bekh jodoformu z eterem (1:6). Wstrzy-

kiwania podskórne łatwiéj chorzy znoszą, ta więc metoda mogłaby być zastósowaną przeciw newralgijom i w trzeciorzędnéj kile w formie łagodnie przebiegającéj, bo w gwałtowniejszych przypadkach zawsze należy oddać pierwszeństwo jodkowi potasu, za pomocą którego można w krótkim czasie znaczne ilości jodu do organizmu wprowadzić. Jodoform stósowano również i zewnętrznie we wszystkich trzech formach kiły. Przeciw wrzodowi stwardniałemu okazał się jodoform prawie bezskutecznym; wrzód się wprawdzie goił, ale stwardniałości jodoform nie był w stanie usunąć. Neumann twierdził, że za pomocą injekcyj jodoformu w gruczoły syfilityczne powiększone sprowadzał w krótkim czasie ich zmniejszenie się, ale w klinice Rineckera nie mógł Bockhardt tych wyników otrzymać. Przeciw kłykcinom sączącym okazał się jodoform także mało skuteczny, kłykciny wprawdzie zabliźniały się, ale nacieki pozostawały.

Natomiast okazał się znowu jodoform bardzo skutecznym, prawie swoistym, środkiem przeciw owrzodzeniom powstałym w skutek trzeciorzędnéj kiły. Rozpadłe kilaki goją się pod wpływem jodoformu bardzo prędko, i to tak na skórze jak i na dostępnych błonach śluzowych. Na to zgadzają się wszyscy autorowie a między nimi Zeissl, Rinecker, Unna, Lazansky i inni. *Rościszewski.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω **Chlorek metylu w newralgijach.** Pierwszy Debove wprowadził leczenie nerwic mgłą z chlorku metylu. Vinay uważa metodę tę za bardzo użyteczną w uporczywych nerwicach, szczególniéj nerwu kulszowego. Chlorek metylu w rozczynie puszcza się za pomocą syfonu na miejsce dotknięte. Skutkiem ulatniania się tego środka powstaje oziębienie aż do—23 °C. W kilka sekund miejsce dotknięte przechodzi w stan zmarznięcia. W pierwszych sekundach chory doznaje dotkliwego bólu, jakby od rozpalonego żelaza. Zaraz jednak ból znika i powstaje zupełne znieczulenie. Ujemną stroną téj metody jest, że niekiedy na miejscu stósowania powstają pęcherze, jakby po oparzeniu skóry. Vinay twierdzi, że chlorkiem metylu wyleczył przypadki *ischias,* które opierały się wszelkim innym metodom leczniczym. (*Lyon médical* 1885, Nr. 50).

Ω Vulpian: **Salicylan litowy w gośćcu stawowym.** Preparat ten ma tę wyższość nad salicylanem sodowym, że skutkuje i w przypadkach z przebiegiem więcéj przyostrym lub przewlekłym (np. w t. zw. *Rheumatismus blenorrhoicus).* W przypadkach gośćca przyostrego z przebiegiem więcéj postępującym widział V. po użyciu salicylanu litowego już w 10tym dniu znaczne polepszenie, podczas gdy inne metody lecznicze dotąd używane zawodziły. Już po kilkodniowém użyciu bóle samoistne ustępowały, bolesność przy dotknięciu zmniejszała się, obrzęk widocznie był mniejszym, poruszalność stawu dotkniętego łatwiejszą. Vulpian widział znakomite skutki salicylanu litowego nawet w takich przypadkach przewlekłego gośćca, w których kilka stawów było równocześnie zajętych, a skutkiem kilkomiesięcznego trwania choroby niektóre z nich uległy już zbezkształtnieniu, i częściowemu zesztywnieniu.

Aby salicylan litowy skutkował, trzeba go podawać w wielkich dawkach. Dawka zwykła jest 4—5 grm. dziennie dla człowieka dorosłego. Wyższe dawki niekiedy sprowadzają objawy zatrucia. Salicylan litowy łatwo rozpuszcza się w wodzie, ma smak i zapach przyjemny. Można go więc podawać w rozczynie wodnym. V. podaje często po 0·50 *pro dosi* w czasie jedzenia, lub tuż po jedzeniu. Zwykłemi objawami po użyciu większych dawek tego leku są ból głowy, zawrot i szum w uszach. Przewód pokarmowy znosi zwykle dość łatwo nawet większe dawki salicylanu litowego. Niekiedy tylko zauważył autor biegunki, które dopiero po przestaniu używania tego leku ustawały. (*G. d. Hôpitaux).*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

VII zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 16 maja 1885 r.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 21 i kol. Dr. Wachtel z Krakowa jako gość.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

W dyskusyi kol. Laskiewicz co do ciemnego zabarwienia brzegów rany w oponie twardéj zauważa, że gdyby było ze spalenia, nie byłoby ciemne zabarwienie, lecz zaczerwienienie; sądzi więc. że to zabarwienie od ołowiu pochodzi. Daléj zauważa, że wyleczenie jest bardzo względne. Sądzi, że kula leży gdzieś na dole po lewéj stronie (gdzieś ku *thal.* czy *nerv. opticus)* i w skutek tego jest tarcza nerwu wzrokowego zastoinowa po lewéj stronie; prelegent nie nadmienił, jakie to drgawki wystąpiły u chorego czy jednostronne itd. — Kol. Merczyński w kwestyi zabarwienia brzegów rany opony sądzi, że to proch zabarwił, czy kula jest czy nie jest w mózgu trudno osądzić, z argumentów bowiem przez prelegenta przytoczonych przemawiałby tylko za kulą w mózgu otwór w kości; uwzględniwszy jednak zły pistolet, kulę i proch, a nawet lejkowatą ranę, odszczepy, przypuścić należy, że kula za słabo szła i nie weszła do mózgu, przypady nerwowe wytłumaczył już sam prelegent nie kulą w mózgu lecz rozmiękczeniem kory itp. Gdyby kula weszła do mózgu, zwłaszcza nierówna (jaką chory sam sobie miał zrobić) toby było więcéj obrażeń mózgu i więcéj przypadów nerwowych. — Kol. Gostyński winszuje kol. Ziembickiemu szczęśliwego wyniku leczenia, bo wiadomo, jak rany w kościach czaszki i w pobliżu mózgu, zwłaszcza z obrażeniem opon mózgowych, w ogóle przebiegają bardzo ciężko. Czy kula jest w mózgu lub nie, w to nie wchodzi, nadmienia jednak, że widział już trzy kule rewolwerowe w mózgu u Czyńskiego, który strzelał do siebie. Co do statystyki nadmienia, że 1 na 78 postrzelonych w mózg wychodzi zdrowo, że chorzy mogą żyć z kulami w mózgu. — Kol. Bar ącz sądzi, że kula w tym przypadku nie tkwi w mózgu, bo strzał był z pobliża, a w takim razie pociski z wielką siłą wpadają, więc w okolicy kości skroniowéj przeszłaby kula na wylot i wyszłaby na drugiéj stronie. — Kol. Pisek sądzi, że trudno na pewne orzec, czy kula jest w mózgu, mniema że prawdopodobnie znajduje się w okolicy skrzydła wielkiego prawéj kości klinowéj, że szla prawdopodobnie istotą białą mózgu, a drgawki tłumaczy sobie uciskiem kuli na istotę korową przy opuszczeniu się na podstawę mózgu. — Kol. Gostyński zauważa, że dla chirurgów kształt rany bardzo jest ważny i wskazuje im kierunek, w jakim szedł pocisk i czy szedł raną, ztąd bowiem mogą doniosłe wnioski wywodzić. Co do porażenia n. okoruchowego lewego, podnosi kol. Gostyński, że nieprawdopodobném mu się wydaje, żeby kula przeszła mózgiem około *Clivus* i żeby tylko przejściowe porażenie wywołała i tylko takie nieznaczne za sobąpo ciągnęła następstwa. — Kol. Barącz sądzi, że może kula pomiędzy *dura mater* i *tabula vitrea* szła i uciskając przejściowo tylko wywołała przejściowe porażenie n. okoruchowego. — Kol. Merunowicz nadmienia, że służąc w szpitalu wojskowym, widział ranę postrzałową mózgu zadaną wystrzałem przez podniebienie. Dr. Danek wyjął kulę, trepanując, przez czoło, z płatu czołowego mózgu. Chory ten szedł także pieszo sam, poczém jechał koleją i wozem zupełnie przytomny i umarł dopiero siódmego dnia. Podobny przypadek widział także kol. Wiktor w szpitalu wojskowym, gdzie po wyjęciu kuli chory także chodził, był przytomny i umarł dopiero piątego dnia. — Kol. Laskiewicz zauważa, że u chorego jest *ptosis palpebr.*, co za porażeniem n. okoruchowego jeszcze istniejącym przemawia, i ztąd wnosi, że kula tkwi blisko pnia tego nerwu. Ze zaś kula znajduje się w mózgu, wnosi z otworu w oponie i z kanału w mózgu. — Kol. Pisek tłumaczy brak zboczeń i przej-

ściowe tylko porażenie nerwu tą okolicznością, że kula nie całą swą objętością i ciężarem gniotła lub gniecie nerw, lecz tylko pewną częścią dotyka go, więc i porażenie itp. zboczenia przeszły i nie ma ich więcéj. — Kol. Seifman zwraca uwagę prelegenta na zgłębniki elektryczne, jakich w czasie wojny prusko-austr. używano do badania obecności kul w organizmie. Zgłębniki te są b. cienkie, wykazują pewniéj obecność kuli, i kto wie czy taki zgłębnik nie mógłby nawet do badania obecności kuli w mózgu być użytym. Daléj zwraca uwagę na tę okoliczność, że u zwierząt np. robi się przy obecności np. *coenurus cerebralis* operacyje w mózgu dosyć grube i donośne, a zwierzęta znoszą takowe bardzo dobrze; procent wyzdrowionych operowanych dochodzi czasem do 70%. U chorego, o którym mowa, jest jeszcze dziś źrenica prawa rozszerzona, czego nie uwzględniono dotąd. — Kol. Ziembicki w odpowiedzi oświadcza najpierw, że gdyby była nawet pod ręką sonda elektryczna, toby jéj nie użył i obecnie ostrzegają bardzo chirurgowie przed używaniem takowéj, mózg bowiem jest miękki i chcąc badać obecność kuli, lub wyjmować ją, możnaby ją głębiéj jeszcze zepchać a i sondą mózg naruszyć. Co do kol. Laskiewicza byłby obowiązanym temuż, gdyby jako psychijatra (nie zaś jako chirurg) oświadczył swoje zdanie o chorym i wytłumaczył objawy psychiczne. Kol. Merczyńskiemu odpowiada, że brak ucisku ze strony mózgu nic nie stanowi, jak o têm świadczą liczne przypadki opisane w literaturze; że mały pistolet także nic nie stanowi, bo choć mały ale z bliska i mocno nabity może silnie wystrzelić, zwłaszcza, że kość w têm miejscu, gdzie chory się trafił, jest bardzo cienką. Zresztą oświadcza, że gdy się w odnośnéj literaturze rozpatrzył, przekonał się, że to nie takie rzadkie przypadki, jakby się wydawało i bardzo wielu chirurgów opisują i opisywali rany drążące do mózgu z ciałami obcemi w mózgu. *Dr. Wiktor*, sekretarz.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,1. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (3 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z gruźlicy 8 (9 z. t.); z zapalenia płuc 7 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 12 przypadkach odry, 1 płonicy. W tygodniu od 10—16 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 2, w Wiedniu 10, w Budapeszcie 15, w Pradze 4, w Wenecyi 11, w Rzymie 3, w Paryżu 12. Z duru osutkowego umarło 2 w Petersburgu. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 13, w Hamburgu 11, w Paryżu 21, w Londynie 12. Z odry umarło w Budapeszcie 19, w Paryżu 25, w Londynie 51, w Amsterdamie 19. Z płonicy umarło w Petersburgu 20. Z błonicy umarło w Chrystyjanii 16, w Londynie 36, w Paryżu 32, w Berlinie 32. Z krztuśca umarło w Londynie 103, w Dublinie 19. Cholera panowała od 31 grudnia do 7 stycznia w Andierne i Douarnenez, gdzie zachorowało 39 i 35 a umarło 1 względnie 6.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,8; w Warszawie 28,4; w Poznaniu 29,8; w Wiedniu 26.6; w Pradze 33,4; w Budapeszcie 32,0; w Berlinie 27,7; w Tryjeście 31,1; w Hamburgu 25,3; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Mnichowie 32,0; w Lipsku 23,5; w Amsterdamie 27,9; w Bazylei 18,5; w Brukseli 27,8; w Chrystyjanii 26,8; w Genewie 31,0; w Kopenhadze 20,0; w Londynie 23,9; w Odesie 35,8; w Paryżu 26,4; w Petersburgu 31,8; w Rzymie 22,8; w Stokholmie 20,5; w Wenecyi 37,1; w Zurychu 27,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 lutego. Na posiedzeniu odbytém d. 29 stycznia Wydział lekarski na wniosek prof. Teichmanna uchwalił jednomyślnie przedstawić docenta Dra Kopernickiego do nominacyi nadzw. płatnym profesorem antropologii, następnie zamianował Dra Smolarskiego asystentem przy klinice chorób dzieci na 2 lata i nadał rządowe stypendyjum dla elewa przy klinice chirurgicznéj na rok jeden Drndowi Piątkiewiczowi; wreszcie uchwalił umieścić w sali posiedzeń ofiarowany sobie przez Tow. lekarskie krakowskie portret olejny śp. prof. Kozubowskiego.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. wybrano na wniosek doc. Gluzińskiego komisyję złożoną z proff. Korczyńskiego, Blumenstoka, Łazarskiego, Obalińskiego, Ściborowskiego, Jaworskiego i wnioskodawcy w celu obmyślenia środków zdążających do ograniczenia sprowadzania z Niemiec narzędzi, dzieł, leków, wód mineralnych itp., o ile to jest możebném bez szkody dla chorych i nauki. Następnie kol. doc. Głuziński miał odczyt zapowiedziany, nad którym dyskusyję odroczono do przyszłego posiedzenia.

* Doszedł nas numer okazowy dwumiesięcznika p. t. „*Archives slaves de Biologie*" wydawanego przez pp. Maurycego Mendelssohna i Karola Richeta w Paryżu. Zadaniem tego pisma będzie zapoznać Zachód z pracami przyrodników i lekarzy słowiańskich, bądź w pracach oryginalnych, bądź w wyciągach i sprawozdaniach. W zeszycie 1ym (in 8vo, str. 306) mieści się 15 prac oryginalnych przyrodników i lekarzy rosyjskich, polskich i czeskich oraz kilkanaście sprawozdań, biblijografija, kronika. Pismo to zapowiada się wcale pięknie i może istotnie oddać usługi przez szybkie wprowadzanie prac słowiańskich do szerokiego koryta wiedzy ogólnéj.

* Tom drugi *Wiestnika kliniczeskoj i sudiebnoj psichiatryi i newropatołogii* z roku bieżącego, wychodzącego pod redakcyją prof. Mierzejewskiego w Petersburgu, zawiera jak zawsze bardzo poważne rozprawy oryginalne, tyczące się odnośnych działów, tudzież obszerny dział referatów i ocen. Z prac oryginalnych znajdujemy *a)* w dziale psychijatryi: 1) Zbrodnie i obłąkanie, Dra Dinkowa (dokończenie). 2) Określenie czasu elementarnych czynności psychicznych u obłąkanych, Dra Czyża; 3) Przyczynek do nauki o ostrém pomięszaniu pierwotném z omamami, Dra Greidenberga; *b)* w dziale neuropatologii: 1) O zatruciu wzgórków wzrokowych u zwierząt i człowieka, prof. Bechterowa; 2) Przypadek *Sclerosis amiotrophicae*, prof. Kożewnikowa; 3) O oporze galwanicznym tkanek zwierzęcych, Dra Wiaziemskiego; 4) Przyczynek do kwestyi zjawisk elektrycznych przy podrażnieniu narządu wzrokowego, Dra Finkielsztejna; 5) Przyczynek do kazuistyki zwyrodnień mózgowych, Dra Czyża.

* Otrzymaliśmy 4 zeszyty (25—28) dzieła *Biographisches Lexicon* wychodzącego nakładem Urbana i Schwarzenberga we Wiedniu pod redakcyją proff. Gurlta i Hirscha; zeszyty te zamykają tom III dzieła i mieszczą w sobie krótkie życiorysy lekarzy od Housseta zacząwszy aż do Kybera. W zeszytach tych nierównie więcéj, aniżeli w poprzednich, uwzględnione są życiorysy lekarzy polskich, tak zmarłych jak i żyjących; podajemy ich nazwiska w porządku abecadłowym: Hoyer, Ignatowski, Jabłonowski, Jagielscy, Jakubowscy, Janikowscy, Januszkiewicz, Jasiński, Jaśkiewicz, Jędrzejewicz, Ioannicy, Jordan, Jurasz, Kaczkowski, Klink, Jędrzéj z Kobylina, Kucharski, Tobijasz Kohn, Kolaczek, Kopernicki, Korczyński, Korzeniewski, Korzeniowski, Kościakiewicz, Kosiński, Kośmiński, Kostecki, Kozubowski, Jakób, Jan, Ursyn i Wacław z Krakowa, Krasiński, Krassowski, Kremer, Krówczyński, Krupiński, Krysiński, Kułakowski, Kwaśniewski.

* Rozporządzenie Ministra Wyznań i Oświecenia z d. 24 stycznia 1886, L. 1562.

Na podstawie Najwyższego postanowienia z d. 23 stycznia 1886 zarządzono co następuje:

§. 1. Termin zwyczajny do imatrykulacyi i wpisów oznacza się na ośm dni przed i ośm dni po prawnym początku każdego półrocza (§§. 7 i 31 przepisu ogólnego z d. 1 października 1850 Dz. p. p. Nr. 370 znoszą się).

Po upływie tego terminu tylko za okazaniem szczegółowego pozwolenia kwestura przyjmować będzie zgłoszenia. Pozwolenia takiego udziela w ciągu najbliższych dni 8miu grono profesorów, później tylko Senat akademicki przestrzegając obowiązujących w téj mierze przepisów.

§. 2. Oznaczony w §. 22 rozporządzenia ministeryjalnego z d. 12 lipca 1880 Dz. p. p. Nr. 310 termin 14-dniowy do wniesienia podania o uwolnienie od czesnego ogranicza się do pierwszych dni ośmiu półrocza. Do podań opóźnionych zastósować należy przepisy rozporządzenia minist. z d. 30 kwietnia 1871 L. 8825, ustęp 2.

§. 3. Przy zmianie przepisu, podanego w rozporządzeniu minist. z d. 13 listopada 1881, Dz. p. p. Nr. 131, zarządza się, aby uczniowie po potwierdzenie frekwentacyj zgłaszali się do odnośnych docentów i dziekana, nie jak dotychczas, w ciągu ostatnich dni 14, lecz odtąd nie wcześniéj aniżeli w ciągu ostatnich dni ośmiu półrocza.

§. 4. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie natychmiast.

* **Warszawa.** D. 26 stycznia odbyło się w Uniw. warsz. głosowanie w kwestyi pozostawienia na dalsze 5 lat prof. Baranowskiego na katedrze terapii ogólnéj i dyjagnostyki. Głosowanie wypadło niekorzystnie dla prof. B. (22 głosy za, 24 przeciw), który zatém z końcem roku szkolnego bieżącego ustąpić musi z katedry. Na posiedzeniu Tow. lek. w tymże dniu odbytém postanowiono jednogłośnie uczcić ustępującego profesora obchodem 25-letniego jubileuszu nauczycielskiego. *(Medycyna).*

* **Praga czeska** d. 1 lutego. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých" okazał Dr. Quis, asystent medycyny sądowéj, przypadek rany postrzałowéj brzucha z przedziurawieniem jelita cienkiego. Chory umarł dopiero d. 3 z ropnego zapalenia otrzewny. — Następnie prof. Hlava omówił wyniki swoich badań nad nosaciną. Przyszedł on do rezultatów stwierdzających w zupełności wyniki Löfflera, Schütza i Babesa. Różnicę, jaką znaleźli francuscy autorowie Capitan, Bouchard i inni a Löffler i Schütz w mikrobach téj choroby, tłumaczy Hlava tém, że Capitan i Bouchard używali materyjału do szczepienia zanieczyszczonego innemi także mikrobami, widzieli te inne a przeoczyli swoiste, a zdarzyć im się to mogło, bo za materyjał używali do swych hodowli bulionu a nie stałych substancyj. *Dr Obrzut.*

* **Wiedeń.** Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. prof. Toldt odczytał referat w sprawie przedstawienia, uczynić się mającego Ministerstwu, aby słuchacze medycyny dopiero po uzyskaniu stopnia doktora odbywali służbę jednoroczną w wojsku; następnie Wydział przedstawił docenta Dra Kratschmera na prof. nadzw. chemii lekarskiéj.

* **Budapeszt.** Dr. Jakób Weiss, b. docent w Uniw. wiedeńskim, mianowany został prymaryjuszem i nazywa się odtąd Dr. Jakób Salgó.

* **Nekrologija.** W Meranie umarł znany prof. fizyjologii z Zurychu Dr. Luchsinger. Następcą jego ma być Dr. Gaule.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Niedźwieckiego: Rana postrzałowa czaszki drążąca (dok.); Jasińskiego: Leczenie skolijozy (dok.); Leśnika: Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia (c. d.).—W *Medycynie* Nr. 5: Neugebauera: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. OBRZUT: Uiber Tuberculose zoogloéique. (Odbitka z „D. med. Woch. 1886) in 8vo str. 8.

* **Sprostowanie.** W Nrze 4 *Przeglądu Lek.* z winy zecera w jednéj części nakładu szpalty zostały tak niefortunnie przełamane, że na str. 53 w szpalcie 2éj 2 ostatnie wiersze umieszczono jako 5ty i 6ty z końca, a na str. 55, w szpalcie 2éj umieszczono jako wiersz 1y. wiersz, który powinien być pierwszym w szpalcie 1éj str. 56. Przepraszamy szan. czytelników za to pomieszanie, które tym sposobem powstało w dwóch artykułach i zapewniamy, że się postaramy, aby w przyszłości coś podobnego nie mogło się zdarzyć. *Redakcyja.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W mieście Żmigród nowy powiat Jasło jest opróżniona posada lekarza miejskiego, z roczną remuneracyją w kwocie 150 złr. w. a., z uwagi, że nie ma tu innego lekarza, przeto poboczne dochody zapewnia się w korzystnych stosunkach nadmieniając, że ubiegający się o tę posadę ma być Drem Medycyny a takową zaraz otrzymać może.

Zgłoszenia przyjmuje Zwierzchność gminna Żmigrodu.

Dnia 16 Stycznia 1886.

Antoni Nowak Burmistrz.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.